

Un test tumorale per guidare le decisioni di trattamento con PARP inibitori



Myriad Genetic Laboratories, Inc.
320 Wakara Way
Salt Lake City, Utah 84108
Stati Uniti d'America
customersupport@myriadgenetics.eu

Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurigo - Svizzera
www.myriadgenetics.eu

MYRIAD
myChoice[®] CDx^{PLUS}

APPLICARE QUI UN CODICE A BARRE ADESIVO

MODULO DI RICHIESTA DEL TEST

- I campi contrassegnati con * SONO OBBLIGATORI
- Compilare il modulo in STAMPATELLO

PAZIENTE

| | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| * Data di nascita (GG-MMM-AAAA): | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| * Genere: | <input type="checkbox"/> Femminile | <input type="checkbox"/> Maschile | Vs. Codice paziente: | | | | |
| * Cognome ¹ : | | | | | | | |
| * Nome ¹ : | | | | | | | |

MEDICO RICHIEDENTE

| | |
|---------------|--------------------|
| * Cognome: | Qualifica: |
| * Nome: | Codice del Medico: |
| * Istituto: | |
| * Via, N.: | |
| * Città, CAP: | * Tel. (diurno): |
| * Paese: | Fax: |
| * E-mail: | |

INFORMAZIONI DI FATTURAZIONE

Codice Cliente: _____
o
Ricerca N.: _____
o
Voucher N.: _____

TEST REQUESTED

Utilizzo Previsto - Myriad myChoice[®] CDx PLUS è utilizzato per valutare la Carenza di Ricombinazione Omologa (HRD) mediante la determinazione dello stato di Genomic Instability Score (GIS) e di mutazione tumorale *BRCA1/BRCA2* nel DNA genomico estratto da campioni di tumore. I risultati sono utilizzati come aiuto per determinare l'idoneità delle pazienti con cancro ovarico al trattamento con alcuni inibitori di Poly-ADP Ribose Polymerase (PARP) in conformità con le indicazioni terapeutiche approvate del prodotto. Quando richiesto, sono anche eseguiti sequenziamento e analisi degli ampi riarrangiamenti di tutte le regioni analizzabili dei seguenti geni che sono stati validati analiticamente in molti tipi di cancro: *ATM, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D, e RAD54L*. I risultati di questo pannello genico sono forniti solo a scopo informativo e non sono stati validati clinicamente per l'utilizzo rispetto ai PARP inibitori. Un test germinale successivo può essere appropriato in caso di mutazioni geniche associate a rischio di cancro ereditario.

Per informazioni più dettagliate sul test Myriad myChoice[®] CDx PLUS fare riferimento alle Specifiche Tecniche.

| * Scelta del Test | Myriad Test Offering (Internal) |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Analisi di GIS + <i>BRCA1/2</i> | myChoice_BRCA_GIS |
| <input type="checkbox"/> Analisi di GIS + <i>BRCA1/2</i> + 13 altri geni | myChoice Europe |

FIRMA DI AUTORIZZAZIONE (Medico/ Operatore Sanitario)

Con la mia firma autorizzo l'esecuzione del test e confermo che la paziente ha prestato il consenso informato all'invio del campione di tessuto al laboratorio Myriad negli Stati Uniti per l'analisi. Confermo che questo test è necessario dal punto di vista medico e che i risultati saranno utilizzati ai fini della gestione clinica e delle decisioni terapeutiche per la paziente. Dichiaro che le informazioni cliniche fornite su questo Modulo di Richiesta del Test sono corrette e si riferiscono alla paziente indicata sopra. Attesto che la persona indicata nel precedente riquadro Medico Richiedente è legalmente autorizzata a prescrivere il test richiesto nella giurisdizione di pertinenza.

* Firma del Medico / Operatore Sanitario richiedente * Data (GG-MMM-AAAA)

* INFORMAZIONI CLINICHE Si prega di fornire le seguenti informazioni:

Tumore Ovarico (Ovaio, Tuba di Falloppio, Peritoneo) * Età alla diagnosi: _____ * Data della biopsia/operazione (GG-MMM-AAAA):

Cancro della mammella

Inviare questo Modulo di Richiesta del Test al laboratorio dove si trova il Campione Tumorale.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CAMPIONE: COMPILAZIONE A CURA DEL PATOLOGO

I campioni devono idealmente contenere **almeno il 30%** di cellule tumorali nel tessuto o nei campioni di fluido come da esame patologico. Un contenuto insufficiente di DNA tumorale nel campione di tumore fornito può causare il mancato calcolo dello stato della componente GIS del test.component of the test.

(Per la compilazione consultare le Istruzioni per la Preparazione e la Spedizione)

Per ricevere un kit di raccolta del campione contattare info@myriadgenetics.it

| | |
|---|--|
| * Tipo di Tessuto inviato (e.g. Ovaio): _____ | * ID _____ |
| <input type="checkbox"/> * Il campione inviato è Tessuto Fissato Solo tessuti fissati possono essere testati per Myriad myChoice [®] CDx PLUS. E' preferibile inviare sezioni Fissate in Formalina e Incluse in Paraffina (FFPE) se disponibili, tuttavia possono essere testati anche campioni trattati con altri fissativi. | Numero identificativo del campione come riportato sui blocchi o sui vetrini di tessuto inviati a Myriad. Gli elementi identificativi forniti devono corrispondere esattamente al campione inviato e al referto istologico, altrimenti l'esecuzione del test potrebbe subire ritardi. |

NOTA: CON IL CAMPIONE DEVE ESSERE INVIATA UNA COPIA DEL REFERTO ISTOLOGICO

RESTITUZIONE DEL TESSUTO

Richiedo che il campione di tessuto residuo sia restituito.
Nome e Cognome: _____ Indirizzo completo: _____
E-mail / telefono: _____ **Nota:** Se non verrà indicato un indirizzo per la restituzione, il tessuto rimanente dopo il test verrà eliminato e non sarà restituibile.

INTERNAL USE ONLY: Bill Institution BIE _____

Cancel

Per informazioni o domande sulla politica di protezione dei dati, si prega di visitare il nostro sito web: <http://www.myriadgenetics.eu>