

Um teste de tecido tumoral para orientar as decisões de tratamento com inibidores de PARP



Myriad Genetic Laboratories, Inc.
320 Wakara Way - Salt Lake City, Utah 84108
PH: +1 (877) 283-6709 - FX: +1 (801) 883-8998
www.myriad.com
Fora dos EUA
Email: CustomerSupport@myriadgenetics.eu



Myriad International GmbH
Nattermannallee 1
50829 Colonia, Alemanha

Cole aqui uma etiqueta de código de barras

Formulário de pedido de teste (TRF)

- Para evitar atrasos, preencha a totalidade do formulário
- Preencha toda a informação em MAIÚSCULAS

Paciente

Data de nascimento (DD-MMM-AAAA):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo atribuído no nascimento:	Identificação da paciente:								
<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino									
Nome legal (Sobrenome):									
Nome legal (Nome):									

Médico prescriptor

Sobrenome:	Título acadêmico:
Nome:	Clinical ID:
Instituição:	
Endereço:	
Cidade, código postal:	Telefone:
País:	Fax:
E-mail:	

Informações para faturamento

N° empresa pagadora:	
ou	
n° de pesquisa:	
ou	
n° de voucher:	

Teste solicitado

Uso pretendido - Myriad Genetics MyChoice® CDx Plus é um dispositivo de diagnóstico in vitro baseado em sequenciamento de última geração que fornece sequenciamento e análise de grandes rearranjos em um painel de genes e/ou detecta instabilidade genômica usando DNA extraído de amostras de tumor. A deficiência de recombinação homóloga (HRD) é determinada pela avaliação dos resultados de um subconjunto desses genes e/ou status do escore de instabilidade genômica (GIS). O teste pode ser usado como um "companion diagnostic" para identificar pacientes que são ou podem ser elegíveis para tratamento com terapias específicas de acordo com o rótulo do produto terapêutico aprovado. Os resultados devem ser usados por profissionais de saúde qualificados de acordo com as diretrizes profissionais de oncologia clínica para pacientes com tumores sólidos malignos.

Consulte as especificações técnicas para obter detalhes do teste.

Teste solicitado	Myriad test offering (Internal)
<input type="checkbox"/> Análise de GIS + BRCA1/2	MyChoice_BRCA_GIS
<input type="checkbox"/> Análise de GIS + BRCA1/2 + 13 genes adicionais	MyChoice Europe

Assinatura autorizada Médico/prestador de cuidados de saúde

Autorizo, por este meio, os testes e confirmo que foi obtido consentimento informado por parte da paciente relativo ao envio de tecido para a Myriad para análise. Confirmando que este teste é medicamente necessário, e que os resultados serão usados na gestão médica e em decisões de tratamentos para a paciente. Declaro que a informação clínica descrita neste formulário de pedido de teste está correta e pertence à paciente mencionada acima. Asseguro, por este meio, que a pessoa referida no espaço médico prescriptor acima, está autorizada por lei na jurisdição relevante a pedir o teste aqui solicitado.

Assinatura do médico/prestador de cuidados de saúde

Data (DD-MMM-YYYY)

Informação clínica Favor fornecer as seguintes informações:

<input type="checkbox"/> Câncer de Ovario (Ovario, trompa de falópio, peritônio)	Idade ao Dx: _____	Data da Biópsia/Cirurgia (DD-MMM-AAAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Câncer de mama									
<input type="checkbox"/> Receptor de transplante de medula óssea (marque se corresponde ao paciente)	Tipo: <input type="checkbox"/> Autólogo <input type="checkbox"/> Alogênico								

Encaminhar este formulário de pedido de teste para o laboratório onde se encontra a amostra de tumor.

Informações da amostra: devem ser preenchidas pelo patologista (as instruções completas se encontram na folha de instruções de uso (IFU))

Amostras devem conter pelo menos 30% de células tumorais em amostras de tecido ou fluido, por revisão patológica. Conteúdo insuficiente de DNA tumoral na amostra de tumor pode resultar em falha do status de instabilidade genômica, componente do teste MyChoice® CDx Plus.

Para solicitar um kit de coleta da amostra, entre em contato com testkit@myriadgenetics.eu

Tipo de tecido submetido (p.ex. Ovario): _____	ID* _____
A amostra fornecida é tecido fixado .* *Apenas tecidos fixados podem ser testados pelo Myriad MyChoice® CDx Plus. Quando disponíveis, utilizar preferencialmente cortes de amostras fixadas em formalina e embebidas em parafina (FFPE). Entretanto, outros fixadores podem ser testados.	* Número de identificação da amostra, conforme descrito nos blocos de tecido ou nas lâminas enviadas à Myriad. Os identificadores fornecidos devem corresponder exatamente à amostra enviada e ao relatório de patologia ou o teste será atrasado.
Atenção: uma cópia do relatório de patologia deve ser enviada com as amostras	

Retorno do tecido

Solicito que o tecido remanescente seja enviado de volta.*
Nome: _____ Endereço: _____
E-mail / fone: _____ * Caso nenhum endereço seja fornecido, qualquer tecido remanescente após o teste será descartado e não será devolvido.

Internal use only: Bill Institution BIE _____

Informações

Sexo atribuído no nascimento é um rótulo dado a um indivíduo no nascimento, normalmente "masculino" ou "feminino".

Um nome legal identifica uma pessoa para fins legais e administrativos. É registrado em uma certidão de nascimento, certidão de casamento ou outro documento emitido pelo governo que registra uma mudança de nome.

Para informações ou dúvidas sobre a política de privacidade da Myriad, por favor, visite nosso site: <http://www.myriadgenetics.eu>