

PERSOONINFORMATIE

Patiëntstudie-ID	Geslacht <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Diagnose
------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------

INFORMATIE OVER DE SITE/INSTELLING

Naam van de site/instelling	Sitenummer	Telefoon	Fax
Adres, afdeling	Gemeente	Staat	Postcode
Hoofdonderzoeker/opdrachtgevende arts		E-mailadres	

PANELTESTOPTIES: Eén selecteren

Solide tumor	<input type="radio"/> xT Solide tumor + normaal FFPE-weefsel en perifeer volledig bloed
	<input type="radio"/> xT Alleen solide tumor (aanbevolen wanneer het niet mogelijk is om een overeenstemmend normaal monster te verkrijgen) FFPE-weefsel
	<input type="radio"/> xT Solide tumor + normaal + xF conversie FFPE-weefsel en perifeer volledig bloed
	<input type="radio"/> xF Vloeistofbiopsie perifeer volledig bloed
	<input type="radio"/> xE Volledige exome tumor + normaal FFPE-weefsel en perifeer volledig bloed
	<input type="radio"/> xE Alleen volledige exome tumor FFPE-weefsel

STUDIETIJDSTIP (INDIEN VAN TOEPASSING VOOR KLINISCHE TEST)

Studietijdstip	<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> Basislijn	<input type="checkbox"/> Behandeling: Cyclus ____ Dag ____	<input type="checkbox"/> Einde behandeling	<input type="checkbox"/> Overige: _____
----------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------

INFORMATIE OVER HET MONSTER

<input type="radio"/> Tumormonster Type monster: <input type="checkbox"/> FFPE-blok <input type="checkbox"/> FFPE-objectglasjes <input type="checkbox"/> Overige: _____ Datum inzameling: _____ Pathologie geval #: _____ Pathologie blok #: _____ Aantal objectglasjes: _____ Datum gesneden objectglasjes: _____ Anatomische site: _____ Tumorpercentage: _____ Procedure om monsters in te zamelen: <input type="checkbox"/> Kernnaaldbiopsie <input type="checkbox"/> Incisiebiopsie <input type="checkbox"/> Excisiebiopsie <input type="checkbox"/> Overige: _____ <i>OPMERKING: Als de studie dit vereist, gelieve dan een gedeïdentificeerd pathologieverslag toe te voegen.</i>	<input type="radio"/> Bloedmonster <input type="checkbox"/> Monster 1 Datum inzameling: _____ <input type="checkbox"/> Monster 2 Datum inzameling: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TE KOPIËREN VOOR EXTRA PERSONEEL (VOOR RESULTATEN EN COMMUNICATIE)

Naam	E-mail
------	--------

FORMULIER INGEVULD DOOR

Naam	E-mail
------	--------

HANDTEKENING OPDRACHTGEVENDE ONDERZOEKER/ZORGVERLENER

Handtekening	Datum handtekening (MM/DD/YYYY)
--------------	---------------------------------

Raadpleeg uw overeenkomst met Tempus voor eventuele beperkingen opgelegd door uw instelling wat uw gegevensoverdracht betreft. Tempus kan alleen gezondheidsinformatie ontvangen waarvoor uw instelling akkoord is gegaan.