

A. INFORMAZIONI SU PAZIENTE (OBBLIGATORIO)		
Cognome	Nome	Secondo nome
Data di nascita (DD/MM/AAAA)	Numero della cartella clinica del paziente	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Razza / Etnia	Indirizzo email	
Indirizzo		
Città	Stato	Codice di avviamento postale
Paese	Telefono principale	

B. INFORMAZIONI PER LE DISPOSIZIONI DEL MEDICO (OBBLIGATORIO)		
Ufficio / Studio / Nome istituto / Clinica		Numero dell'account
Indirizzo		Città
Stato / Provincia	Codice di avviamento postale	Paese
Telefono	Fax	
Medico ordinante	Numero dell'identificativo medico	
Indirizzo e-mail (richiesto per l'invio del rapporto)		

C. OPZIONI DEL TEST	Test aggiuntivo opzionale:	MMR IHC	PD-L1 IHC ¹	HRD	Origine del tumore	DPYD
<input type="checkbox"/> Tumore Solido xT + Normale* – 648 geni <input type="checkbox"/> Aggiungere biopsia liquida xF simultanea* – 105 geni	<i>(Utilizza un campione di sangue normale)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Solo Tumore Solido xT* – 648 genes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Biopsia Liquida xF* – 105 genes	<i>(solo neoplasie non ematologiche)</i>					
<input type="checkbox"/> xE Esoma Intero* – 19,433 genes	<i>(richiede un campione di corrispondenza normale)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Conversione a biopsia liquida xF 105 geni –
Se il test simultaneo non è selezionato, puoi scegliere di partecipare a uno dei seguenti:
 Converti immediatamente in xF
 Converti in xF dopo un'ulteriore richiesta di tessuto

'PD-L1 clone 22c3 è l'impostazione predefinita.
Per cloni diversi, selezionare tutti quelli pertinenti:
 22c3 28-8 SP142

*Per i tumori definiti come ovarici, mammari, prostatici o pancreatici (alla revisione della patologia), ciò include un ordine per un BRCA1/2 separato - Analisi del tumore.

D. RECUPERO DEL CAMPIONE			
Tumore Solido xT	<input type="checkbox"/> Opzione 1 – Campione specifico richiesto (fornire i dettagli del campione qui di seguito).	<input type="checkbox"/> Opzione 2 – Lasciare che sia il patologo richiedente a scegliere il campione.	<input type="checkbox"/> Opzione 3 – Biopsia da programmare per: _____
	Nome del laboratorio di patologia		
	Numero del caso	Numero del blocco	Data di raccolta del tumore solido
	<input type="checkbox"/> Controllare qui se il laboratorio di patologia non rientra nel team di trattamento.		
xT Normale	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva	Data della raccolta del campione	La sezione A deve essere completata per queste opzioni <input type="checkbox"/> Inviare un kit salivare al paziente <input type="checkbox"/> Presentato in precedenza
xF Biopsia Liquida	<input type="checkbox"/> Sangue		
xE Esoma Intero	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva	Data della raccolta del campione	La sezione A deve essere completata per queste opzioni <input type="checkbox"/> Inviare un kit salivare al paziente

E. DIAGNOSI ATTUALE		
<input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Carcinoma del colon-retto <input type="checkbox"/> Ovarico <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Altro: _____	Stato della malattia (seleziona tutte le risposte pertinenti): <input type="checkbox"/> Metastatica <input type="checkbox"/> Refrattaria <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Codici di diagnosi primaria ICD-10	Dettagli aggiuntivi	Stadio

F. DATI DI FATTURAZIONE		
Assicurazione primaria	Numero della polizza	Numero del gruppo
Nome dell'istituzionario della polizza	Data di nascita dell'assicurato	Relazione del paziente con il titolare della polizza <input type="checkbox"/> Se stesso <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio <input type="checkbox"/> Altro
Tipo di fattura <input type="checkbox"/> Assicurazione (deve allegare copia della carta) <input type="checkbox"/> Ospedale/Istituzione <input type="checkbox"/> Paziente che supporta personalmente il costo del trattamento/paziente internazionale		

FIRMA DEL MEDICO Dichiaro di aver spiegato al paziente lo scopo, i rischi e i benefici del test richiesto. La mia firma è la mia certificazione di necessità medica per il test e attesta inoltre che ho ottenuto dal paziente il consenso informato che soddisfa i requisiti della legge applicabile affinché Tempus possa: (a) eseguire il test descritto in questo modulo; (b) ottenere, ricevere e rilasciare, i risultati dei test e qualsiasi informazione medica corrispondente necessaria per il rimborso o l'elaborazione delle richieste di assicurazione; (c) conservare i campioni e le informazioni ottenute dal paziente, compresi i risultati del test, per un periodo di tempo indefinito; (d) utilizzare le informazioni ottenute dal paziente e i risultati del test in conformità con la legge applicabile, inclusa la de-identificazione di tali informazioni e la divulgazione delle informazioni de-identificate per altri scopi

G. PHYSICIAN SIGNATURE	
Firma del medico ordinante	Data (DD/MM/AAAA)
Nome in stampatello	

H. MODULO COMPILATO DA	
Nome	
Email	
Nome in stampatello del paziente	
Data di nascita del paziente (DD/MM/AAAA)	Data (DD/MM/AAAA)

I. CARATTERISTICHE FENOTIPICHE

Tipo di cancro	Caratteristiche (se è selezionato il tipo di cancro)	Note	Tipo di cancro	Caratteristiche (se è selezionato il tipo di cancro)	Note
Polmone	Fumatore	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Senò	Premenopausa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Cervello	Esposizione alle radiazioni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Senò	Stato HER2	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Fegato	Epatite C positivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Senò	Stato ER	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Fegato	Epatite B positivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Senò	Stato PR	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

J. INFORMAZIONI CLINICHE | COMPLETARE SE IL RAPPORTO DI AVANZAMENTO NON È ALLEGATO.

Radioterapia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Data di inizio: _____ <input type="checkbox"/> Data di fine: _____		Resezione chirurgica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Fecha: _____ Punteggio di resezione _____	
Il paziente ha subito qualche tipo di trapianto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Tipo: _____		Ricaduta / Ricorrenza <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Data: _____	
Farmaco/i contro il cancro		<input type="checkbox"/> Nessun farmaco precedente	
Terapia: _____	Data di inizio/fine: _____	-	Risposta alla terapia _____
Terapia: _____	Data di inizio/fine: _____	-	Risposta alla terapia _____
Terapia: _____	Data di inizio/fine: _____	-	Risposta alla terapia _____
		Altre malattie clinicamente significative _____	

K. MEDICO AGGIUNTIVO DA COPIARE

Nome	Email / Fax	Nome dell'ufficio/studio/struttura
------	-------------	------------------------------------