

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)		
Apellido(s)	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	N.º de registro médico del paciente	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Raza / Etnicidad	Dirección de correo electrónico	
Dirección de correo postal		
Ciudad	Estado / Provincia	Código postal
País	N.º de teléfono principal	

B. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE REALIZA LA SOLICITUD (OBLIGATORIA)		
Oficina / Consulta / Nombre de la institución / Clínica		N.º de cuenta
Dirección de correo postal		Ciudad
Estado / Provincia	Código Postal	País
Teléfono		Fax
Médico que realiza la solicitud		N.º de identificación del médico
Dirección de correo electrónico (necesaria para notificar la entrega)		

C. OPCIONES DE PRUEBAS						
Prueba complementaria opcional:	MMR IHC	PD-L1 IHC'	HRD	Origen del Tumor	DPYD	
<input type="checkbox"/> xT Tumor Sólido + Normal* – 648 genes <input type="checkbox"/> Añadir xF Biopsia Líquida* – 105 genes <i>(Utiliza una muestra normal de sangre coincidente)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conversión a Biopsia Líquida con 105 genes – Si no se selecciona ninguna prueba simultánea, puede utilizar una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Convertir a xF <u>inmediatamente</u> <input type="checkbox"/> Convertir a xF <u>después de solicitud de tejidos adicionales</u>
<input type="checkbox"/> Solo xT Tumor Sólido* – 648 genes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> xF Biopsia Líquida* – 105 genes <i>(Solo para neoplasias no hematológicas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*22c3 con clon PD-L1 es la opción predeterminada. Para diferentes clones, seleccione todas las opciones aplicables: <input type="checkbox"/> 22c3 <input type="checkbox"/> 28-8 <input type="checkbox"/> SP142
<input type="checkbox"/> xE Exoma Completo* – 19,433 genes <i>(Requiere una muestra coincidente normal)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Para cánceres establecidos como de ovarios, mama, próstata o páncreas (en la revisión patológica), se incluirá una solicitud de un análisis de tumor BRCA1/2 adicional.

D. RECUPERACIÓN DE MUESTRAS						
xT Tumor Sólido	<input type="checkbox"/> Opción 1 – muestra específica solicitada (indique a continuación los detalles de la muestra).		<input type="checkbox"/> Opción 2 – El patólogo que realiza la solicitud selecciona la muestra.		<input type="checkbox"/> Opción 3 – Biopsia programada para: _____	
	Nombre del laboratorio de patología					
	Número de caso	N.º de bloque	Fecha de recogida del tumor sólido	<input type="checkbox"/> Compruebe aquí si el laboratorio de patología no forma parte del equipo de tratamiento.		
xT Normal	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva	Fecha de recogida	La sección A se debe completar para estas opciones		<input type="checkbox"/> Enviar un kit de saliva al paciente solo para xT Normal	<input type="checkbox"/> Enviado previamente
xF Biopsia Líquida	<input type="checkbox"/> Sangre	Fecha de recogida	La sección A se debe completar para estas opciones		<input type="checkbox"/> Enviar un kit de saliva al paciente	
xE Whole Exome	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva	Fecha de recogida	La sección A se debe completar para estas opciones		<input type="checkbox"/> Enviar un kit de saliva al paciente	

E. DIAGNÓSTICO ACTUAL		
<input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Carcinoma Colorrectal <input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado de la enfermedad (seleccione todas las opciones aplicables): <input type="checkbox"/> Metástasis <input type="checkbox"/> Refractario <input type="checkbox"/> Reincidencia <input type="checkbox"/> Otro: _____
Código(s) de diagnóstico primario ICD-10	Detalles adicionales	Fase

F. INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN		
Seguro principal	N.º de póliza	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación del paciente con el titular de la póliza <input type="checkbox"/> Son la misma persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro
Tipo de factura	<input type="checkbox"/> Seguro (se debe adjuntar una copia de la tarjeta)	<input type="checkbox"/> Hospital / Institución <input type="checkbox"/> Pago directo / paciente internacional

FIRMA DEL MÉDICO Certifico que he explicado al paciente la finalidad, los riesgos y beneficios de la prueba solicitada. Mi firma (abajo) es mi certificación de la necesidad médica de la prueba y certifica también que he obtenido del paciente un consentimiento informado que cumple los requisitos de la legislación aplicable para Tempus con el fin de: (a) llevar a cabo la prueba descrita en el presente formulario; (b) obtener, recibir y emitir los resultados de la prueba y cualquier información médica relevante que se considere necesaria para el reembolso o el tratamiento de las reclamaciones de seguros; (c) conservar las muestras y la información obtenidas del paciente, incluidos los resultados de la prueba, durante un periodo de tiempo indefinido; (d) utilizar la información obtenida del paciente y los resultados de la prueba de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable, incluida la posibilidad de eliminar los datos que permitan identificar al paciente a través de esta información y la divulgación de la información sin identificación con otros fines.

G. FIRMA DEL MÉDICO	
Firma del médico que realiza la solicitud	Fecha (DD/MM/AAAA)
Nombre en letra impresa	

H. FORMULARIO COMPLETADO POR	
Nombre	
Correo electrónico	
Nombre del paciente en letra impresa	
Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA)	Fecha (DD/MM/AAAA)

I. ATRIBUTOS FENOTÍPICOS

Tipo de cáncer	Atributo (si se ha seleccionado un tipo de cáncer)	Notas	Tipo de cáncer	Atributo (si se ha seleccionado un tipo de cáncer)	Notas
Pulmón	Fumador	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mama	Premenopausa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cerebro	Exposición a radiación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mama	Estado HER2	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Hígado	Positivo en hepatitis C	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mama	Estado ER	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Hígado	Positivo en hepatitis B	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mama	Estado PR	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

J. INFORMACIÓN CLÍNICA | RELLENAR ESTA INFORMACIÓN SI NO SE ADJUNTA EL INFORME DE PROGRESO.

Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Fecha de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Fecha de finalización: _____		Extirpación quirúrgica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Fecha: _____ Puntuación de extirpación: _____	
¿El paciente se ha sometido a algún tipo de trasplante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Tipo: _____		Recaida / Reincidencia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Fecha: _____	
Medicación para el cáncer		Estado ECOG <input type="checkbox"/> Sin medicación previa	
Tratamiento: _____	Fecha de inicio/finalización: _____	Respuesta al tratamiento: _____	Otras enfermedades clínicamente significativas: _____
Tratamiento: _____	Fecha de inicio/finalización: _____	Respuesta al tratamiento: _____	
Tratamiento: _____	Fecha de inicio/finalización: _____	Respuesta al tratamiento: _____	

K. MÉDICO ADICIONAL PARA ENVIAR COPIA

Nombre	Correo electrónico / fax	Oficina / Consulta / Nombre del centro
--------	--------------------------	--