

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Informações do paciente: Preenchimento obrigatório

Nome (Sobrenome, Primeiro nome): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino Número do registro médico: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone para contato: _____ E-mail: _____

Novo paciente Guardant360 Paciente Guardant360 já existente

Informações da amostra: Preenchimento obrigatório

Data da coleta: ____/____/____ Nome do responsável pela coleta da amostra: _____

 Guardant Health® aceita apenas amostras de sangue total

História clínica relevante:

Tecido indisponível para genotipagem? Sim Não Genotipagem anterior? Sim Não |Especifique: _____

Progredindo na atualRx? Sim Não Especifique a terapia atual: _____

Médico solicitante (ou outro profissional de saúde licenciado): Preenchimento obrigatório

Nome (Sobrenome, primeiro nome): _____

E-mail: _____

Consentimento profissional médico

Eu revisei o consentimento médico no verso deste formulário e fornecerei a interpretação do teste ao paciente de forma apropriada. Por meio deste, eu autorizo o Guardant Health, Inc. (GH) a liberar os resultados do teste ao terceiro pagador do paciente quando necessário como parte do processo de reembolso. Eu determinei que o teste Guardant360 é medicamente necessário e eu autorizo o GH a realizar o teste para esse paciente como indicado nesta requisição. Conforme possa ser exigido por leis e regulamentos estaduais aplicáveis, eu forneci informações ao paciente em relação ao teste genômico somático e o paciente deu o seu consentimento para este teste ser realizado pelo GH e para que os resultados sejam reportados de volta para mim. Eu entendo que o GH está se baseia apenas com diagnóstico ou com o código de diagnóstico que eu forneço no formulário de requisição do teste de informações sobre potenciais opções terapêuticas e ensaios clínicos associados com os resultados dos testes genômicos relatados e que um diagnóstico ou código de diagnóstico incorreto pode afetar negativamente a relevância das informações fornecidas pela GH.

Assinatura do profissional de saúde: _____ Data: ____/____/____

Destinatário Adicional: Opcional

Diagnóstico

O objetivo deste teste é fornecer um informe laboratorial com informação personalizada para cada paciente baseado nas alterações genômicas detectadas pelo Guardant360® e no diagnóstico do paciente (tipo de câncer). Com a finalidade de fornecer a informação mais precisa e abrangente no informe laboratorial, solicitamos que seja selecionado o diagnóstico patológico exato do tumor primário a seguir.

Estágio

- Sim Estágio I/II
 Estágio III/IV ou metastático

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 01

Indicações

- Carcinoma de origem desconhecida
- Bexiga - Carcinoma de bexiga
- Cérebro - Glicoma Glioblastoma
- Mama - Carcinoma mamário
- Cérvice Endometrial/
Uterino - Carcinoma epidermoide cervical
 Carcinoma endometrial
- Cabeça e pescoço - Carcinoma de cabeça e pescoço
- Rim - Carcinoma de célula renal
 Carcinoma transitório da pilha da pelva renal

- Pulmão - Carcinoma de pulmão de pequenas células
 Mesotelioma
 Carcinoide de pulmão

- NSCLC: AdenoCA, CA células grandes ou outros
- NSCLC: Células escamosas
- Testado negativo para alteração dos genes EGFR, ALK, e ROS1

- Não fumante / Fumante leve (15 maços ao ano)
- Fumante pesado

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

- Adenocarcinoma de apêndice
- Adenocarcinoma colorretal
- Adenocarcinoma de esôfago
- Carcinoma de esôfago
- Carcinoma epidermoide esofágico
- Carcinoma da junção esôfago-gástrica
- Adenocarcinoma gástrica
- GI Carcinoma gástrico
- Carcinoma hepatocelular
- Colangiocarcinoma
- Carcinoma ductal do pâncreas
- Tumor neuroendócrino do pâncreas
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST)

- Ovário - Carcinoma ovariano
- Melanoma
- Pele - Carcinoma espinocelular cutâneo
 Carcinoma basocelular
- Melanoma Uveal - Melanoma Uveal
- Tecidos moles Ossos - Sarcoma
- Tireóide - Carcinoma de tireóide
- Urogenital, masculino - Adenocarcinoma protático
- Outro Por favor especificar: _____

Informações de faturamento: Preenchimento DB

Hospital/Instituição: Código: _____

Lista de verificação do pedido: Preenchimento DB

- Assinatura do profissional médico
- Cópias dos informes mais recentes de patologia/citologia (opcional)
- Teste requerido verificado
- Cópia de todos os resultados de IHC, FISH ou outros ensaios moleculares (opcional)
- Código de barra propriamente fixados
- Cópia da folha de rosto do paciente (opcional)
- Informação completa do diagnóstico clínico

Comentários ou considerações: _____

