

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0889 ONCOTYPE DE PRÓSTATA

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Número do pedido: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino

Dados do médico solicitante

Nome do médico: _____

CRM: _____ E-mail: _____

Dados do exame

Data da coleta: ____/____/____

Informar a análise de ONCOTYPE a ser executada: _____

Indique se o material foi obtido por cirurgia/biópsia e informe a data do procedimento:

Sim Não Data: ____/____/____

Confirma a entrega do laudo de anatomopatológico: Sim Não

Dados clínicos

Diagnóstico: _____

Classificação de acordo com o NCCN (National Comprehensive Cancer Network®)

Risco muito baixo

Risco baixo

Risco intermediário

Risco desconhecido

História Clínica resumida: _____

Esclarecimento sobre o exame

O exame Oncotype Dx consiste em um grupo de ensaios multigênicos que consegue identificar pela técnica de RT-PCR características biológicas específicas de tumores para uma investigação diagnóstica mais precisa.

Observação

(1) Todos os campos deste formulário são essenciais para a execução do exame. A ausência de informações pode comprometer ou atrasar o resultado.

(2) Enviar a cópia do pedido médico preenchido e o resultado dos exames anteriores juntamente com o formulário preenchido.

(3) Salientamos que o material enviado será analisado por um médico patologista antes da análise. Desta forma, se o material enviado for insuficiente ou inadequado, o exame não poderá ser executado e será devolvido ao cliente 90% do valor pago.

(4) Após a análise do material pelo patologista, a amostra mais representativa será selecionada para a realização do exame. Caso seja necessário, por determinação do médico solicitante, a análise simultânea de mais de um tumor, os exames serão cobrados separadamente.

(5) Caso o patologista do laboratório julgar necessário a análise simultânea dos tumores entregues, haverá o contato da assessoria científica com o laboratório solicitante para a autorização da realização do exame, inclusão e o pagamento do exame adicional.

Declaração

Caso tenha entendido claramente as orientações dadas e concorde em realizar o exame, solicitamos que preencha os dados abaixo.

Eu, _____, através deste consentimento, declaro estar ciente da possibilidade de receber um resultado do Oncotype Dx inconclusivo e que haverá a restituição parcial do valor pago, conforme descrito anteriormente.

Assinatura do paciente: _____

RG e CPF do paciente: _____

(Cidade) _____, (dia) _____ de (mês) _____ de (ano) _____.