

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0517 REQUISIÇÃO DO TESTE GUARDANT 360

***Todos os dados são imprescindíveis**

Informações do paciente (preenchimento obrigatório)

Nome completo: _____

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

Número do registro médico: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Telefone: () _____

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 completo: _____

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 medicamento 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

Indicações

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Carcinoma de origem desconhecida | <input type="checkbox"/> | Adenocarcinoma de apêndice |
| Bexiga - | <input type="checkbox"/> Carcinoma de bexiga | <input type="checkbox"/> | Adenocarcinoma colorretal |
| Cérebro - | <input type="checkbox"/> Glioma <input type="checkbox"/> Glioblastoma | <input type="checkbox"/> | Adenocarcinoma de esôfago |
| Mama - | <input type="checkbox"/> Carcinoma mamário | <input type="checkbox"/> | Carcinoma de esôfago |
| Cérvice Endometrial/Uterino - | <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermoide cervical | <input type="checkbox"/> | Carcinoma epidermoide esofágico |
| | <input type="checkbox"/> Carcinoma endometrial | GI | <input type="checkbox"/> Carcinoma da junção esôfago-gástrica |
| Cabeça e pescoço - | <input type="checkbox"/> Carcinoma de cabeça e pescoço | <input type="checkbox"/> | Carcinoma gástrico |
| Rim - | <input type="checkbox"/> Carcinoma de célula renal | <input type="checkbox"/> | Carcinoma hepatocelular |
| | <input type="checkbox"/> Carcinoma transitória pilha da pelva renal | <input type="checkbox"/> | Colangiocarcinoma |
| Pulmão - | <input type="checkbox"/> Carcinoma de cabeça e pescoço | <input type="checkbox"/> | Carcinoma ductal do pâncreas |
| | <input type="checkbox"/> Carcinoma de célula renal | <input type="checkbox"/> | Tumor neuroendócrino do pâncreas |
| | <input type="checkbox"/> Carcinoma transitória pilha da pelva renal | <input type="checkbox"/> | Tumor estromal gastrointestinal (GIST) |
| <input type="checkbox"/> | NSCLC: AdenoCA, CA células grandes ou outros | Ovário - | <input type="checkbox"/> Carcinoma ovariano |
| <input type="checkbox"/> | NSCLC: Células escamosas | Pulmão - | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> | Testado negativo para alteração dos genes EGFR, ALK, e ROS1 | | <input type="checkbox"/> Carcinoma espinocelular cutâneo |
| <input type="checkbox"/> | Não fumante/Fumante leve (15 maços ao ano) | <input type="checkbox"/> | Carcinoma basocelular |
| <input type="checkbox"/> | Fumante pesado | Melanoma Uveal - | <input type="checkbox"/> Melanoma Uveal |
| | | Tecidos moles Ossos - | <input type="checkbox"/> Sarcoma |
| | | Tireóide - | <input type="checkbox"/> Carcinoma de tireóide |
| | | Urogenital, masculino - | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma protático |

Outro. Por favor especificar: _____

Informações de faturamento (preenchimento DB)

Hospital/Instituição: Código: _____

