

COLE AQUI  
ETIQUETA DB**RQ-1446 QUESTIONÁRIO – CARCINOMA MAMÁRIO****\*Todos os dados são imprescindíveis**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° do pedido: \_\_\_\_\_

Exame: \_\_\_\_\_

Nome civil (se não houver etiqueta): \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_

Sexo biológico:

- ☐ Feminino  
☐ Masculino  
☐ Indefinido (genitália ambigua)

Identidade de gênero:

- ☐ Feminino  
☐ Masculino  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**Esclarecimentos e autorização:**

O exame Oncotype Dx consiste em um grupo de ensaios multigênicos que consegue identificar, pela técnica de RT-PCR, características biológicas específicas de carcinoma mamário invasivo ou 'in situ' para investigação diagnóstica mais precisa.

**Esclarecimentos e forma de realização:**

Este exame é realizado em material (biópsia e/ou cirurgia) em bloco de parafina contendo fragmentos de tumor de mama. Está indicado para pacientes com diagnóstico de carcinoma de mama invasivo ou 'in situ'.

**São aceitos os seguintes materiais:**

- Fragmentos de tecido EMBEBIDO EM PARAFINA (BLOCOS DE PARAFINA), PREVIAMENTE fixados em formalina a 10%, preferencialmente tamponada (enviar em temperatura ambiente). Não serão aceitos materiais com mais de 5 anos após a realização da biópsia/cirurgia.

**ATENÇÃO:**

- Para a realização do exame Oncotype Dx são necessárias as cópias do laudo do exame anatomopatológico e, para os casos de carcinoma invasivo, também do exame imuno-histoquímico, sem os quais o material não pode ser enviado à Exact Sciences.
- É importante salientar que antes da análise do exame na Exact Sciences, o material (bloco de parafina) enviado sempre será analisado previamente por um médico patologista. Dessa forma, se o material recebido para exame for insuficiente ou inadequado para o teste, o mesmo não poderá ser realizado.
- Nos casos de material insuficiente, amostra inadequada e resultado inconclusivo, a restituição do montante pago pela realização dos exames será parcial, conforme etapa do processamento da amostra, retirando os custos de envio do material e análise; a devolução poderá variar entre 80% e 90%.

É de extrema importância que todos os dados solicitados sejam preenchidos, bem como todos os documentos abaixo sejam encaminhados:

- ☐ Solicitação médica;
- ☐ Cópia do laudo de anatomopatológico e imuno-histoquímica (da peça cirúrgica OU da biópsia prévia confirmando receptores de estrógeno positivos e HER2 com escores 0, 1+ ou 2+);
- ☐ Preenchimento completo do questionário;
- ☐ Cópia do RG e CPF do paciente;

### Questionário:

As respostas abaixo são obrigatórias para que possamos avaliar se o Sr.(a) está em condições de realizar o exame.

Por gentileza preencher os dados com letra de forma.

#### 1. Dados do médico solicitante para envio do laudo

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

#### **NÃO SERÃO ACEITOS: E-mails de secretárias ou da clínica/consultório onde o médico atua.**

(O não preenchimento do e-mail do médico solicitante no Questionário poderá implicar no atraso da liberação do resultado).

Número do telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

#### 2. Indique se o material foi obtido por cirurgia ou biópsia e qual a data do procedimento:

- ☐ CIRURGIA - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ BIÓPSIA - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 3. Confirmação da entrega dos exames anteriores:

- ☐ ANATOMOPATOLÓGICO
- ☐ IMUNO-HISTOQUÍMICA

**4. Indicação estado menopausal:**☐ Pré menopausa☐ Pós menopausa

Caso não haja o preenchimento da informação acima, será considerado de acordo com a idade da paciente, dentro dos parâmetros de acordo com a idade:

**Mulheres:**

- até 50 anos: consideraremos como pré-menopausa.
- de 50 a 55 anos: consideraremos como “desconhecido”.
- acima de 55 anos: consideraremos como pós-menopausa.

Caso o Sr. (a) tenha entendido claramente as orientações que lhe foram dadas e concorde em realizar este exame, solicitamos que assine e date este impresso e o entregue ao atendente do laboratório, antes da realização do exame.

**Declaração**

Li as informações acima, declaro estar ciente do fato de poder receber resultados inconclusivos e insuficientes com relação ao exame Oncotype Dx, hipótese na qual, haverá a restituição parcial do montante pago pela realização do referido procedimento, em conformidade com o descrito anteriormente.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_