

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-1446 QUESTIONÁRIO – CARCINOMA MAMÁRIO

*Todos os dados são imprescindíveis

Data: _____ / _____ / _____ Nº do pedido: _____

Exame: _____

Nome civil (se não houver etiqueta): _____

Nome social: _____

Sexo biológico:

- Feminino
 Masculino
 Indefinido (genitália ambígua)

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 anatomo-patológico 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_____