



Richiesta di myChoice® CDxPLUS

Analisi di patologia molecolare sull'instabilità genomica del tessuto tumorale

Cognome			
Nome		F ☐	M ☐
Data di nascita		Numero di campione esterno	
Via/n.			
NPA/località			
Cassa malati		Numero dell'assicurazione	
Fattura a	☐ Committente ☐ Paziente		

Informazioni cliniche (da compilare da parte del medico richiedente)

Confermo di aver parlato con il suddetto paziente a proposito dell'analisi richiesta e della possibile portata dei rispettivi risultati.

La dichiarazione di assenso del paziente è stata firmata ed è acclusa all'incarico.

Data	Nome del medico richidente (in stampatello)	Firma del medico richidente

Materiale necessario (da mettere a disposizione alla patologia pertinente)

Si prega di inviare i seguenti documenti completi all'indirizzo riportato sotto:

- ☐ il presente modulo per l'incarico
- ☐ dichiarazione di assenso del paziente
- ☐ referto istopatologico del materiale inviato
- ☐ blocco di paraffina (min. **30% di tessuto tumorale**)
- ☐ una sezione ha colorato l'ematossilina eosina

Indirizzo di spedizione: Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG Aarau
Dr. med. Steffen Bergelt
Dammweg 1
5000 Aarau

Il risultato dell'analisi e il blocco di tessuto, nell'ambito della normale trasmissione dei referti, vengono rispediti immediatamente all'istituto di patologia richiedente.

Nome e timbro del medico/dell'ospedale:

Data del prelievo:

☐ Mail referto:

(solo indirizzi e-mail cifrati con HIN)

Copia/e a:



Dichiarazione di assenso per Myriad myChoice® CDxPLUS

Myriad myChoice® CDxPLUS

Myriad myChoice® CDxPLUS è un test completo per il deficit della ricombinazione omologa (HRD). Con questo test potete identificare i tumori che non sono più in grado di riparare le rotture del DNA a doppio filamento. Ciò porta a una maggiore suscettibilità ai farmaci che danneggiano il DNA, come i farmaci al platino e i PARP inibitori. Il test myChoice® CDxPLUS comprende il sequenziamento tumorale del gene BRCA1 e BRCA2 e un composito composto da tre tecnologie proprietarie (perdita dell'eterozigosi, squilibrio telomerico-allelico e transizione degli stati).

Per maggiori informazioni visitate: <https://myriad-oncology.com/mychoice-cdx/>

Dati del paziente:

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Confermo che nell'ambito di una consulenza genetica sono stato informato sugli aspetti di un metodo di analisi genetica, in particolar modo sul test Myriad myChoice® CDxPLUS. Le mie domande hanno ottenuto risposta e ho compreso tutto.

Sono consapevole che al momento questo test può essere effettuato solo da Myriad Genetics negli Stati Uniti d'America.

Dopo un sufficiente tempo di riflessione, con la mia firma fornisco il consenso per l'effettuazione dell'analisi genetica e per l'invio negli Stati Uniti d'America del mio materiale da esaminare e dei miei dati in forma anonima.

Fornisco il mio consenso affinché il mio materiale da esaminare e i miei dati raccolti in forma anonima possano essere utilizzati per scopi scientifici e di pubblicazione.

☐ sì ☐ no

Desidero essere informato/a a proposito dei referti casuali con importanza clinica senza riferimento alla formulazione di domande, qualora:

- siano note la prevenzione e le misure di trattamento
- non siano note altre terapie

☐ sì ☐ no
☐ sì ☐ no

Desidero l'analisi anche qualora la cassa malati non si assuma i costi che in questo sarebbero a mio carico.

☐ sì ☐ no

Luogo, data:

Firma del paziente/rappresentante legale: