

Primera Petición

Repetición Test

Nombre Estudio

## Tipo de Test

Cáncer de Mama Invasivo Recurrence Score<sup>®</sup>

Carcinoma Ductal In Situ DCIS Score<sup>®</sup>

## Clínico solicitante

Nombre

Apellido

Teléfono

Email

Centro

## Patólogo

Nombre

Apellido

Teléfono

Email

Centro

## Paciente

ID Paciente

Nº Historia Clínica

Sexo Mujer

Hombre

Responsable de pago Centro

Paciente

Mutua

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)

Tipo muestra: Biopsia Diagnóstico

Post Cirugía

Fecha obtención muestra

Nombre Mutua

## Muestra

### Estado Ganglionar

Negativo

Micrometástasis (pN1 mi (0,2-2,0mm))

Positivo 1-3

Positivo 4+

Carcinoma de mama

Subtipo tumoral:

### Receptores de Estrógenos

Positivo

Negativo

No concluyente por IHQ

Desconocido

### Nº Biopsia

1.

2.



SXXXXXX



SXXXXXX

¿Envía más de una muestra? No

Sí

Indique el tipo de la 2ª muestra Secuencial

De reserva

Indique el tipo Multifocal

Bilateral

Multicéntrico

Otro

Nombre del médico y Firma

Fecha

POR FAVOR LEA EL AVISO LEGAL. Mediante su firma, el clínico confirma lo siguiente:  
1. Que tiene el consentimiento del paciente para la realización del test, lo cual incluye el facilitarnos los datos solicitados en este formulario y el envío de muestras a los Estados Unidos de América. 2. La veracidad de los datos que facilita. 3. Que la/el paciente cumple los criterios para la realización del test. Dichos criterios pueden consultarse en [www.palexmedical.com](http://www.palexmedical.com) 4. Que el test se realiza a fin de disponer de información adicional para la toma de decisiones sobre la terapia a prescribir.

Atención al Cliente  
**900 180 135**  
[genomics@palex.es](mailto:genomics@palex.es)

**Palex**  
Constant Improvement  
[palexmedical.com](http://palexmedical.com)