

Para evitar retrasos en los exámenes, se debe completar todo este formulario para todas las solicitudes.



Formulario de antecedentes clínicos de cáncer hereditario

Visite YourHistoryForm.com para completar este formulario en línea. Si lo prefiere, complete el siguiente formulario.

Número de cuenta del cliente: _____ Nombre del cliente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Teléfono del paciente: _____

Origen étnico (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Afroamericano o raza negra Nativo estadounidense Europeo occidental o del norte Oriente Medio o Cercano Otro: _____
 Hispano Asiático Europeo oriental o central Judío (asquenazi)

Historial de pruebas genéticas

¿El paciente se ha sometido previamente a pruebas genéticas asociadas con el cáncer hereditario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas, se debe enviar una copia del informe de las pruebas genéticas del paciente o del miembro de su familia por fax (1.855.422.5181), o bien por correo electrónico a Preauthorization@QuestDiagnostics.com . Indique la relación entre el paciente y el miembro de su familia en este informe.
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de muestra se analizó? <input type="checkbox"/> Sangre o saliva <input type="checkbox"/> Tumor	
¿Algún miembro de la familia del paciente obtuvo resultados positivos en pruebas de detección de una variante genética asociada con el cáncer hereditario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí", ¿autorizan el envío de una muestra del miembro de la familia que obtuvo los resultados positivos? ^a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

^a Las directrices del American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG), el College of American Pathologists (CAP) y las disposiciones normativas de las reformas sobre el mejoramiento de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) recomiendan el uso de un control positivo.

Antecedentes del paciente (marque la siguiente casilla si no existen antecedentes familiares relevantes)

¿Es receptor de un trasplante de médula ósea? Sí^b No ¿Tiene un diagnóstico actual de un tumor hematológico maligno? Sí^b No

¿Tiene un puntaje en el modelo de riesgo del síndrome de Lynch $\geq 2.5\%$ (p. ej., PREMM5)? Sí No

¿Tiene un puntaje en el modelo de riesgo de cáncer de mama $> 5\%$ (p. ej., Tyrer-Cuzick, BRCAPro o PennII)? Sí No

Si el paciente no tiene antecedentes de cáncer, pase a la siguiente sección.

Tipo y ubicación del cáncer	(Opcional: marque todas las casillas que correspondan)	Edad en el momento del diagnóstico
<input type="checkbox"/> Mamas	<input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Premenopáusico <input type="checkbox"/> Triple negativo (ER-, PR-, HER2-) <input type="checkbox"/> Ductal invasivo <input type="checkbox"/> Lobular Invasivo <input type="checkbox"/> Ductal <i>in situ</i>	
<input type="checkbox"/> Colon o recto	Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-A <input type="checkbox"/> IHQ anormal Características: <input type="checkbox"/> Histología de la IMS alta	
<input type="checkbox"/> Pólipos en el colon o el recto	Número: <input type="checkbox"/> De 0 a 10 <input type="checkbox"/> De 11 a 20 <input type="checkbox"/> >20 Tipo: <input type="checkbox"/> Adenoma <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Endometrio o útero	Pruebas tumorales: <input type="checkbox"/> IMS-A <input type="checkbox"/> IHQ anormal	
<input type="checkbox"/> Ovarios (peritoneal o en las trompas de Falopio)		
<input type="checkbox"/> Páncreas	<input type="checkbox"/> Exocrino <input type="checkbox"/> Neuroendocrino	
<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Puntaje de Gleason ≥ 7 <input type="checkbox"/> Metastásico <input type="checkbox"/> Intraductal	
<input type="checkbox"/> Otro	Tipo de cáncer:	

^b Si la respuesta es "Sí", llame al 1.866.GENE.INFO antes de enviar una muestra para analizar esta solicitud.

Antecedentes familiares (marque la siguiente casilla si no existen antecedentes familiares relevantes)

Relación con el paciente	Materna	Paterna	Ubicación del cáncer (Indique el tipo de cáncer o los hallazgos asociados, como pólipos del colon)	Edad en el momento del diagnóstico	¿El sujeto está vivo o fallecido? (Fecha de fallecimiento)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si tiene preguntas, llámenos al **1.855.509.4909** o escríbanos a Preauthorization@QuestDiagnostics.com.

Continúa en la página siguiente

