

Sub allegato 2

“Fac-Simile Scheda Richiesta prestazione analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per colangiocarcinoma non operabile o recidivato ai sensi del DM Salute del 06/03/2023”

(Da compilare a cura del Medico richiedente per il Gruppo Multidisciplinare che ha in carico il paziente)

Dati anagrafici paziente:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Sesso:

Codice Fiscale:

Residenza:

	<i>Da compilare a cura del medico richiedente per il Gruppo Multidisciplinare che ha in carico il paziente</i>	
Denominazione Centro Oncologico che ha in carico il Paziente:		
Nome e cognome del Medico referente/ prescrittore del Centro Oncologico		
Recapito telefonico del Medico referente/ prescrittore o del Centro Oncologico:		
Data discussione del Gruppo Multidisciplinare in cui è stata data indicazione al test NGS:		
È disponibile il consenso informato ai sensi del Decreto del Ministero della Salute (che includa anche il consenso del paziente ad ulteriori interventi terapeutici, indicati dai risultati del test)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
E' disponibile la diagnosi istologica? <i>(da fornire in allegato se proveniente da Centro diverso rispetto a quello dove verrà eseguito il test)</i>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Se si, indicare la diagnosi:		
Momento di esecuzione del test NGS:	<input type="checkbox"/> determinazione eseguita al momento della diagnosi di malattia inoperabile/recidivata	<input type="checkbox"/> determinazione eseguita a progressione di malattia in paziente già sottoposto a terapia antitumorale

Data prescrizione da parte del Medico referente/ prescrittore del Centro Oncologico:	
Denominazione del Laboratorio di Anatomia Patologica responsabile della fase preanalitica:	
Data invio del campione al Laboratorio di Anatomia Patologica qualora sia attivato il "service":	
Tipo di campione:	<input type="checkbox"/> Tessuto neoplastico lesione primitiva
	<input type="checkbox"/> Tessuto neoplastico metastatico
	<input type="checkbox"/> Biopsia liquida
Altre informazioni utili	

Data Compilazione:

Responsabile richiesta:

Firma e Timbro

Recapiti telefonici:

Indirizzo mail: