

DATOS DEL PACIENTE

Puede ser completado por el paciente | Campos obligatorios*

Nombre completo*

CUIL*

Sexo Biológico

M F

Fecha de nacimiento* (Código) Celular*

 / /

E-mail para el envío del informe y avisos*

SELECCIONE EL EXAMEN DESEADO

Debe ser completado por el médico solicitante | Campos obligatorios*



CLASIFICADOR MOLECULAR PARA NÓDULO INDETERMINADO

Indicación: Bethesda III o IV

Con el objetivo de auxiliar en la decisión médica entre seguimiento activo o indicación quirúrgica.

▶ **Marcadores diagnósticos:**

▶ Panel de microARN (clasificador)

▶ **Marcadores pronósticos:**

▶ BRAF V600E ▶ TERT C228/250T ▶ miR-375 (Medular) ▶ miR-146b

Materiales aceptados para el análisis:

- PAAF (frotis)
Cell-block, Core Biopsy/TruCut y AP posquirúrgico **NO** se aceptan para este examen



PANEL MOLECULAR PREOPERATORIO

Indicación: Bethesda V o VI

Con el objetivo de ayudar en la decisión médica de extensión y urgencia quirúrgica o apoyar la vigilancia activada de los microcarcinomas.

Se puede realizar sobre material posquirúrgico.

▶ **Marcadores pronósticos:**

▶ BRAF V600E ▶ TERT C228/250T ▶ miR-375 (Medular) ▶ miR-146b

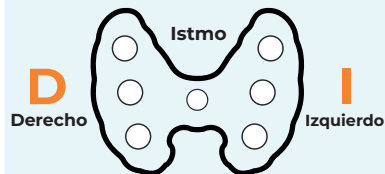
Materiales aceptados para el análisis:

- PAAF (frotis) Core Biopsy/TruCut
 Cell-Block AP posquirúrgico

INFORMACIÓN CLÍNICA DE LA MUESTRA A ANALIZAR

Debe ser completado por el médico solicitante

Marque la ubicación del nódulo de destino del examen*



GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL
Ubicación: _____

*Completar **una única** solicitud **por nódulo**

Fecha de toma de muestra de PAAF*

 / /

Laboratorio, Clínica o Hospital donde retirar el material biológico*

¿El paciente tiene más de 1 nódulo pinchado?*

No Sí (Especificar el código - como en el informe - del nódulo a analizar): _____

Marque la Categoría de Bethesda del nódulo a analizar*:

Bethesda 3 Bethesda 5

Bethesda 4 Bethesda 6

Tamaño del nódulo (cm): _____

Categoría del US (TI-RADS): _____

¿Alguna observación? _____

ATENCIÓN: Si el paciente tiene más de un nódulo (o más de una PAAF del mismo nódulo), especificar arriba la fecha y el mismo ID/código/número utilizado en el informe para identificar el nódulo a analizar.

MÉDICO SOLICITANTE

Debe ser completado por el médico solicitante | Campos obligatorios*

Nombre completo*

Matrícula*

País de Matrícula*

Dirección Profesional*

C.Postal*

Ciudad*

(Código) Celular*

E-mail(s) del médico para enviar el informe*

Especialidad*

- Endocrinología Cirugía de Cabeza y Cuello Ginecología
 (Cito) Patología Cirugía General / Oncología Oncología
 Radiología Otra (Especifique): _____

FIRMA Y MATRÍCULA

Solicito el examen molecular seleccionado para el paciente arriba especificado

