

Modulo di richiesta dell'esame

1. Informazioni del cliente:

Nome dell'urologo richiedente: _____ Ospedale/Clinica: _____
 Indirizzo: _____ CAP: _____ Città/Località: _____ Paese: _____
 Telefono: _____ Fax: _____ Email: _____

2. Diagnostica Molecolare: (Si prega di spuntare la casella)

SelectMDx[®] for Prostate Cancer Il campione delle urine inviato verrà analizzato da SelectMDx for Prostate Cancer, un'indagine mRNA per aiutare nella decisione per la biopsia.

3. Informazioni del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____ Telefono: _____
 Indirizzo: _____ CAP: _____ Città/Località: _____ Paese: _____

Cartella clinica/ID del paziente: _____

Data di nascita: - -
Giorno Mese Anno

Data ultima DRE: - -
(Ultimo DRE prima del test) Giorno Mese Anno

Ultima DRE: Sospetto di tumore Non sospetto di tumore
(Dal giorno di raccolta delle urine)

Data ultimo PSA: - -
Giorno Mese Anno

Ultimo PSA: _____ ng/mL

Volume della prostata: _____ cm³

4. Informazioni del campione:

Data di raccolta: - -
Giorno Mese Anno

5. Informazioni per la fatturazione:

Fattura al cliente - (richiesto un contratto) Prepagata

Pagamento del paziente: _____
(pagamento anticipato richiesto) firma del paziente

Indirizzo email del paziente: _____
(da inviare alla fattura)

6. Note aggiuntive:

7. Autorizzazione:

Firmando questo modulo, dichiaro di accettare le Condizioni generali sul retro di questo modulo, di essere un operatore sanitario, di aver letto e compreso le istruzioni per l'uso di SelectMDx[®] e di aver ricevuto l'autorizzazione dal mio paziente per richiedere l'analisi SelectMDx[®] e condividere le informazioni di cui sopra.

 Firma autorizzata (No firme stampatello, grazie)

Data: - -
Giorno Mese Anno

Apporre adesivo ID paziente

Codice a barre