

REQUIRED ITEMS

1. Pedigree
2. Clinical Information
3. Previous Test Results
4. ICD-10 Codes
5. Face Sheet (Front and Back Copy of the Patient's Insurance Card and Demographic Information)
6. Patient Informed Consent Form
7. Provider Signature

PATIENT INFORMATION

Last Name _____

First Name _____ M.I. _____

DOB ____/____/____ Gender: Male Female Other _____

Ethnicity: Caucasian African American Ashkenazi Jewish
 Asian Hispanic Other _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone _____ Patient ID _____

PROVIDER INFORMATION

Please Fax Duplicate Report to Additional Provider Fax _____

Please Fax Duplicate Report to Genetic Counselor Fax _____

BILLING INFORMATION

Bill to: Insurance Medicare Referring Facility (Hospital/Client) Split Billing - Client (TC) and Insurance (PC) Patient

Patient Status: Inpatient (Hospital) Outpatient (Hospital) Non-Hospital ASC Prior Authorization # _____

PATIENT HISTORY: PERSONAL CLINICAL INFORMATION

Any personal history of cancer? Yes No If yes, any previous germline genetic testing performed? Yes. Result _____ No

PATIENT DIAGNOSIS	ADDITIONAL INFORMATION (IF AVAILABLE)	AGE AT DIAGNOSIS*
<input type="checkbox"/> Breast Cancer	<input type="checkbox"/> TNBC (triple negative breast cancer: ER, PR, HER2) <input type="checkbox"/> IDC (invasive ductal carcinoma) <input type="checkbox"/> Bilateral (two separate breast primaries) <input type="checkbox"/> DCIS (ductal carcinoma in situ) <input type="checkbox"/> ILC (invasive lobular carcinoma)	
<input type="checkbox"/> Endometrial/Uterine Cancer	<input type="checkbox"/> Tumor is MSS (microsatellite stable) <input type="checkbox"/> Tumor is MSI-high <input type="checkbox"/> Tumor is IHC abnormal. Result:	
<input type="checkbox"/> Prostate Cancer	<input type="checkbox"/> Metastatic <input type="checkbox"/> Gleason Score:	
<input type="checkbox"/> Colon/Rectal Cancer	<input type="checkbox"/> Tumor is MSS (microsatellite stable) <input type="checkbox"/> Tumor is MSI-high <input type="checkbox"/> Tumor is IHC abnormal. Result:	
<input type="checkbox"/> Colon/Rectal Polyps	<input type="checkbox"/> 1-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> 20-99 <input type="checkbox"/> 100+ <input type="checkbox"/> Pathology:	
<input type="checkbox"/> Ovarian/Fallopian Tube/Primary Peritoneal Cancer		
<input type="checkbox"/> Pancreatic Cancer		
<input type="checkbox"/> Other:		

ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION

ICD-10 CODES

FAMILY HISTORY: CANCER

Any known family history of cancer? Yes No Is patient adopted? Yes No Attach copy of pedigree and/or clinical notes with details of family history of cancer.

RELATIONSHIP TO PATIENT	MATERNAL	PATERNAL	CANCER SITE					AGE AT DIAGNOSIS*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Ovarian	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Other:	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Ovarian	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Other:	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Ovarian	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Other:	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Ovarian	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Other:	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Pancreas	<input type="checkbox"/> Ovarian	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Other:	

*or first diagnosis if bilateral

REQUIRED ITEMS

1. Pedigree
2. Clinical Information
3. Previous Test Results
4. ICD-10 Codes
5. Face Sheet (Front and Back Copy of the Patient's Insurance Card and Demographic Information)
6. Patient Informed Consent Form
7. Provider Signature

PATIENT INFORMATION

Last Name _____ First Name _____ M.I. _____

SPECIMEN INFORMATION

Any personal history of allogeneic bone marrow transplant? Yes No Any personal history of blood transfusion <2 weeks prior to specimen collection? Yes No
 Peripheral Blood Tubes (EDTA only; purple top): _____ Date Collected _____ / _____ / _____ Specimen ID _____

TEST REQUESTED

TEST INFORMATION	NUMBER OF GENES
COREPATH HEREDITARY CANCER PANELS	
<input type="checkbox"/> BRCACore™ (BRCA1, BRCA2)	2
<input type="checkbox"/> BRCACore™ PLUS (ATM, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, NF1, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53)	19
<input type="checkbox"/> LynchCore™ (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM)	5
OTHER HEREDITARY CANCER PANELS	
<input type="checkbox"/> BRCA 1/2 Ashkenazi Jewish Panel (3 mutations)	2
<input type="checkbox"/> Colorectal Cancer Core Panel (APC, AXIN2, BMPR1A, CDH1, CHEK2, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11, TP53)	20
<input type="checkbox"/> Neuroendocrine Tumor Core Panel (MAX, NF1, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL)	10
INDIVIDUAL HEREDITARY CANCER GENES	
<input type="checkbox"/> APC <input type="checkbox"/> BRCA1 <input type="checkbox"/> BRCA2 <input type="checkbox"/> MLH1 <input type="checkbox"/> MSH2, EPCAM <input type="checkbox"/> PMS2 <input type="checkbox"/> MSH6	

LABORATORY USE ONLY

By signing this form, the provider acknowledges that the individual/family member authorized to make decisions for the individual (collectively, the "Patient") has been supplied information regarding and consented to undergo genetic testing. For orders originating outside the US, provider and patient have been informed that the Patient's personal information and specimen will be transferred to and processed in the US. The Patient has further been informed and authorizes CorePath Laboratories ("CorePath") and its designees to release information concerning testing to their insurer, if applicable, in order to process and/or appeal claims on behalf of the Patient. If a letter of medical necessity (LMN) has not been provided, the provider agrees to allow CorePath to transfer the information from this requisition to a LMN and/or other documentation using the provider's name as the signature for insurance billing. For amounts received directly, the Patient has agreed to remit payment to CorePath for testing services rendered. I acknowledge that I offered pre-test genetic counseling to the Patient, if required by their insurer. In addition to the above, I attest that I am the ordering physician, or I am authorized by the ordering physician to order this test, or I am authorized under applicable law to order this test.

Authorized Provider Signature _____

Date _____

Consentimiento Informado Para Paneles de Pruebas Genéticas (Parte 1 de 2)

Yo, _____ solicito y autorizo a CorePath Laboratories y/u otros laboratorios aprobados por CAP/CLIA a que analicen los genes indicados en el formulario de solicitud de pruebas en:

Mi muestra La muestra de mi hijo/a

Comprendo Lo Siguiente

1. Se encuentra disponible más información acerca del/de la _____ (afección que se evaluará) ofrecida por mi proveedor de atención médica.
2. Los resultados de esta prueba de ADN podrían ser:
 - a. Positivos, y podrían:
 - i. contribuir al diagnóstico de una afección genética.
 - ii. revelar el estado de portador para una afección genética.
 - iii. revelar una predisposición o un aumento del riesgo de desarrollar una enfermedad genética en el futuro.
 - iv. tener implicancias para otros miembros del grupo familiar.
 - b. Negativos, y podrían:
 - i. reducir pero no eliminar la posibilidad de que mi afección tenga una base genética.
 - ii. reducir pero no eliminar mi predisposición o riesgo de desarrollar una enfermedad genética en el futuro.
 - iii. ser poco informativos.
 - iv. no eliminar la necesidad de realizar pruebas adicionales.
 - c. De significado incierto y podrían:
 - i. dar lugar a la sugerencia de que podría resultar útil someter a pruebas a otros miembros del grupo familiar.
 - ii. permanecer inciertos para el futuro inmediato.
 - iii. resolverse con el tiempo. Se notificará a mi proveedor de atención médica acerca de cualquier cambio en la clasificación de variantes previamente informadas que se relacionen con mi resultado (o el resultado de mi hijo/a).
3. Las pruebas genéticas moleculares pueden no servir como diagnóstico para las afecciones seleccionadas en todas las personas. Esta prueba puede o no proporcionar información útil o tener implicancias en mi administración médica.
4. Algunos tipos de cambios en el ADN que podrían provocar un trastorno genético específico pueden no ser detectados por esta prueba. Al igual que con la mayoría de las pruebas genéticas moleculares, la prueba realizada en su muestra tiene limitaciones técnicas que pueden impedir la detección de variantes específicas raras debido a calidad deficiente del ADN, propiedades inherentes de la secuencia de ADN, u otro tipo de limitaciones.
5. CorePath y/o su laboratorio genético asociado siguen las buenas prácticas de laboratorio; sin embargo, puede haber posibles fuentes de error entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, contaminación de trazas, errores técnicos poco frecuentes en el laboratorio, variantes infrecuentes de ADN que comprometen el análisis de los datos, sistemas de clasificación científica incoherentes, e informes imprecisos de relaciones familiares o información de diagnóstico clínico.
6. CorePath y/o su laboratorio genético asociado solamente interpretaran las partes de la secuencia de ADN de los genes indicados en el formulario de solicitud hecho por mi médico o el médico de mi hijo/a. Sin embargo, la tecnología obtiene información de la secuencia de ADN relacionada a una amplia gama de afecciones genéticas y la interpretación y divulgación de otras partes de los datos genéticos restantes se pueden solicitar a través de mi proveedor de atención médica (se pueden aplicar cargos adicionales).
7. Los informes clínicos de CorePath se divulgan solamente a los profesionales de atención médica mencionados en el formulario de solicitud de prueba. Los informes clínicos son confidenciales y solo se divulgarán a otros profesionales médicos con mi consentimiento explícito por escrito.

Consentimiento Informado Para Paneles de Pruebas Genéticas (Parte 2 de 2)

8. Es mi responsabilidad tener en cuenta el posible impacto de los resultados de mi prueba o la prueba de mi hijo/a con relación a las tarifas de seguro, la obtención de seguro de vida o por discapacidad y el empleo. La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA), una ley federal, ofrece algunas protecciones contra la discriminación genética. Para obtener información sobre GINA, visite el sitio <http://www.genome.gov/10002328>.

9. Los resultados de la prueba se analizan bajo la suposición de que se ha brindado información correcta sobre las relaciones familiares. Debido al tipo de prueba realizada allí, existe la posibilidad de que se puedan identificar incoherencias en la información sobre relaciones familiares si se hacen pruebas a muchos miembros de la familia. Por ejemplo, esta prueba puede detectar paternidad mal atribuida, cuando se determina que el padre especificado de una persona no es el verdadero padre biológico. Puede ser necesario informar estos hallazgos a la persona que solicitó la prueba.

10. Se ofrecerá asesoramiento genético con un genetista, un asesor genético u otro proveedor de atención médica calificado que pueda responder preguntas, brindar información y ofrecer asesoramiento acerca de alternativas antes y después de realizarse esta prueba. Es posible que se garantice la realización de otras pruebas o consultas adicionales con el médico.

11. Mis datos e información personal (o los de mi hijo/a) se almacenarán y protegerán de forma estrictamente confidencial en cumplimiento con los requisitos regulatorios (por ejemplo, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, o HIPAA, y protecciones equivalentes), y reconozco que he leído y comprendo la Política de privacidad de CorePath y el Aviso de prácticas de privacidad (estos documentos se pueden encontrar en nuestro sitio www.corepath.us). Mi información médica identificable de forma individual (o la de mi hijo/a) (es decir, la "Información de salud protegida" en virtud de HIPAA) NO se usará para investigación CON FINES DE LUCRO sin mi consentimiento explícito adicional.

12. Debido a que la comprensión de la información genética mejorará con el tiempo, mi proveedor de atención médica puede notificarme acerca de actualizaciones clínicas relacionadas con mi perfil genético (el perfil genético de mi hijo/a) (mediante consulta previa con mi médico clínico de atención primaria según se indica).

13. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Al Firmar a Continuación, Confirмо Lo Siguiente

1. Se me informó sobre la posibilidad del hallazgo de un cambio en los genes por los cuales yo, o mi hijo/a, nos sometemos a una prueba y he recibido información clínica específicamente relacionada con la prueba.

2. He leído y comprendo la información proporcionada en este formulario y he tenido la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas por parte de mi proveedor de atención médica.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del padre/madre/tutor, si paciente es menor de edad _____ Fecha _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta) _____

Declaración del Proveedor de Atención Médica

Al firmar a continuación, confirmo que soy el médico o profesional de atención médica que prescribe. He explicado el propósito de la prueba descrita anteriormente. El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con esta prueba y/o buscar asesoramiento genético. El paciente ha decidido voluntariamente realizarse esta prueba con CorePath y/o su laboratorio genético asociado.

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha _____