

Untersuchungsanforderung Agendia MammaPrint®

<p>Patientendaten</p> <p>Familienname:</p> <p>Vorname: m/w:</p> <p>Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:</p> <p>AZ/Fallzahl:</p>	<p>Einsenderangaben/Stempel</p> <p>Arzt/Ärztin:</p> <p>Klinik/Abteilung:</p> <p>Tel.Nr.:</p> <p>Unterschrift:</p>
--	--

Agendia MammaPrint*:

Der Agendia MammaPrint Genexpressionstest identifiziert Patientinnen, die sicher auf eine Chemotherapie verzichten können. Er ist in internationalen Brustkrebs-Behandlungsrichtlinien wie ASCO, NCCN, ESMO, St. Gallen, EGTM und AGO Mamma enthalten. Der MammaPrint Test analysiert die Genexpression von 70 Genen die jeden Schritt des frühen Krebsmetastasierungsprozesses repräsentieren und ist für Patientinnen mit bis zu drei betroffenen Lymphknoten als CE-IVD Diagnostikum gekennzeichnet. Das Ergebnis des Tests ist entweder ein Niedriges Risiko oder ein Hohes Risiko für das Auftreten von Fernmetastasen. Die Langzeit Followup Daten der MINDACT-Studie zeigen ein 5-Jahres fernmetastasenfreies Überleben (DMFS) von 95,1% für Patientinnen mit klinisch hohem Risiko, denen durch MammaPrint ein genomisch niedriges Risiko bescheinigt wurde und die dementsprechend keine Chemotherapie erhalten haben. Insgesamt konnte die Behandlung bei 46% aller Patientinnen mit klinisch hohem Risiko in der Studie deeskaliert werden.

*Testinformation laut Agendia Homepage vom 06.11.2024

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr.

BARCODE

E-Nr.

BARCODE

Klinische Informationen (vom anfordernden Arzt auszufüllen):

Ich bestätige, dass ich mit Frau _____ über die angeforderte MammaPrint Untersuchung gesprochen habe. Ich habe die Patientin darüber aufgeklärt, dass die diagnostische Analyse der Probe durch ein Auftragslaboratorium in den USA stattfindet und das Tumorgewebe der Patientin in die USA verschickt wird.

Datum	Name des anfordernden Arztes in BLOCKSCHRIFT	Unterschrift des anfordernden Arztes
-------	--	--------------------------------------

Pathologie (von der einsendenden Pathologie auszufüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen):

Diagnose: Mammakarzinom Ja Nein

TNM Klassifikation: _____

Datum der Gewebsentnahme: DD . MM . JJJJ

Bitte übersenden Sie folgende Positionen an die in der Kopfzeile angeführte Adresse:

- diese Untersuchungsanforderung
- Paraffinblock (mind. 30% Tumorzellanteil)
- Gefärbter HE Schnitt
- Histopathologischer Befund des übersandten Blocks

Kontaktinformation Pathologie (inkl. Telefonnummer) für Befundübermittlung und etwaige Rückfragen:

Das Untersuchungsergebnis und der Gewebeblock werden im Rahmen der Befundübermittlung zeitnah an das anfordernde Institut für Pathologie retourniert. Bitte achten Sie auf Vollständigkeit der Daten um Verzögerungen zu vermeiden.

Rückfragen bitte an: MMag. Dr. Karl Kashofer T: +43 316 385 71752