

Referring Client: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____ Fax: _____

FORM# 0000-13000

Use for TriCore testing only

GCL HEMATOPATHOLOGY ANATOMICPATH

PATIENT INFORMATION (YELLOW AREAS MUST BE FILLED IN)

PATIENT LAST NAME		FIRST NAME		MI	PATIENT ID		DATE OF BIRTH		SEX	FASTING		
									M	F	YES	NO
MAILING ADDRESS				ORDERING PHYSICIAN (FULL NAME)			COMMENTS OR ADDITIONAL COPY OF REPORT TO:					
CITY		STATE	ZIP	PATIENT PHONE								
SOCIAL SECURITY # PATIENT ONLY				DATE COLLECTED		TIME COLLECTED		COLLECTED BY				

WHEN MEDICARE PAYMENT WILL BE SOUGHT, ONLY TESTS WHICH ARE MEDICALLY NECESSARY SHOULD BE ORDERED.

<input type="checkbox"/> PHYSICIAN/PROVIDER	<input type="checkbox"/> PATIENT	RESPONSIBLE PARTY (ONLY IF PATIENT IS A MINOR)	
SEE ATTACHED COPY OF CARD			
<input type="checkbox"/> MEDICARE		<input type="checkbox"/> MEDICAID (NON SALUD)	
MEMBER # ON INSURANCE CARD:		INSURANCE ADDRESS:	
		PLAN NAME:	MEMBER ID NUMBER:
		GROUP NUMBER:	EMPLOYER OF PRIMARY CARDHOLDER:

CALL Phone () **STAT** Specify STAT TESTS: **Note:** Only critical values will be called

SPECIMEN INFORMATION

Referring Institution Case #: _____

Bone Marrow _____ Fixed Tissue (Site: _____)

Peripheral Blood _____ Slides _____ Quantity

Fresh Tissue (Site _____) Blocks _____ Quantity

CLINICAL INFORMATION

Provisional Diagnosis: _____ **Dx CODE** _____ **Indications for Study:**

Clinical History/Indication: _____

Drugs/Medication: _____

History of Malignancy Type _____ Site: _____

Type of Sample: Presentation Post-therapy Staging

Treatment: None Chemo Radiation

ALL Myelodysplasia

AML Myeloma

CLL Myeloproliferative Neoplasm

Eosinophilia Other

Lymphoma

TEST MENU

<p>FULL CONSULTATION:</p> <p><input type="checkbox"/> Comprehensive Hematopathology Consultation with Specialized Testing such as Flow Cytometry, FISH, Cytogenetic and Molecular Studies (Please attach CBC to this requisition)</p> <p>IMMUNOHISTOCHEMISTRY</p> <p><input type="checkbox"/> Stains with Interpretation Requested: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Technical Only Stains Requested: _____</p> <p>FLOW CYTOMETRY</p> <p><input type="checkbox"/> Acute Leukemia</p> <p><input type="checkbox"/> B-cell Lymphoproliferative Disorder/CLL</p> <p><input type="checkbox"/> Large Granular Lymphocytosis</p> <p><input type="checkbox"/> Myeloma</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Hodgkin Lymphoma</p> <p><input type="checkbox"/> PNH</p> <p><input type="checkbox"/> Screen (Monoclonality and Blasts)</p> <p><input type="checkbox"/> Sezary Syndrome</p> <p><input type="checkbox"/> T-cell Lymphoproliferative Disorder</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> TECHNICAL ONLY FLOW</p> <p><input type="checkbox"/> Hold Specimen for flow</p> <p>CYTOGENETICS</p> <p><input type="checkbox"/> Chromosome Analysis</p> <p><input type="checkbox"/> Hold Specimen for Cyto (48 hours)</p>	<p>MOLECULAR ONCOLOGY</p> <p><input type="checkbox"/> Targeted Cancer 50 Gene Panel by NGS for PB, Bone Marrow or Solid Tissue</p> <p>Myeloproliferative Neoplasms</p> <p><input type="checkbox"/> BCR-ABL1 quantitative RT-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) w/ reflex to JAK2 exon 12</p> <p><input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) w/ reflex to CALR and MP</p> <p><input type="checkbox"/> JAK2 (V617F)</p> <p><input type="checkbox"/> JAK2 exon 12</p> <p><input type="checkbox"/> Calreticulin (CALR) mutation analysis</p> <p><input type="checkbox"/> MPL mutation analysis</p> <p><input type="checkbox"/> CSF3R mutation analysis*</p> <p><input type="checkbox"/> KIT mutation for mastocytosis</p> <p>Acute Myeloid Leukemia</p> <p><input type="checkbox"/> t(15;17) PML-RARA quantitative RT-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> NPM1/FLT3 mutation analysis</p> <p><input type="checkbox"/> CEBPA mutation analysis*</p> <p><input type="checkbox"/> KIT mutation analysis</p> <p><input type="checkbox"/> IDH1, IDH2 mutation analysis</p> <p>Lymphoid Malignancies</p> <p><input type="checkbox"/> B-cell clonality (IGH)</p> <p><input type="checkbox"/> T-cell clonality (TRG)</p> <p><input type="checkbox"/> Somatic mutation for CLL (IGHV)</p> <p><input type="checkbox"/> BRAF mutation for hairy cell leukemia</p> <p>*Test is sent to a referral lab</p>	<p>FISH ASSAYS</p> <p>Myeloproliferative Neoplasms</p> <p><input type="checkbox"/> BCR - ABL1 t(9;22)</p> <p><input type="checkbox"/> PDGFRA eosinophilia (CHIC2 deletion)</p> <p>Acute Myeloid Leukemia/ Myelodysplasia</p> <p><input type="checkbox"/> AML t(8;21)</p> <p><input type="checkbox"/> AML inv(16)</p> <p><input type="checkbox"/> AML t(15;17)</p> <p><input type="checkbox"/> MLL gene 11q23 (KMT2A)</p> <p><input type="checkbox"/> Myelodysplasia Panel</p> <p>Lymphoid Malignancies</p> <p><input type="checkbox"/> ALL Panel</p> <p><input type="checkbox"/> BCL2 rearrangement</p> <p><input type="checkbox"/> BCL6 rearrangement</p> <p><input type="checkbox"/> Burkitt t(8;14)</p> <p><input type="checkbox"/> CLL Panel</p> <p><input type="checkbox"/> Double Hit Lymphoma Pane</p> <p><input type="checkbox"/> Follicular t(14;18)</p> <p><input type="checkbox"/> Mantle t(11;14)</p> <p><input type="checkbox"/> MYC rearrangement</p> <p><input type="checkbox"/> Myeloma Panel</p> <p><input type="checkbox"/> Other/Special Instructions: _____</p> <p><input type="checkbox"/> TECHNICAL ONLY FISH: _____</p>
---	---	--

Informed Consent for Genetic Analysis

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____

DOB: _____ GENDER: M F

I request genetic analysis for the purpose of:

- Cytogenetic analysis for constitutional abnormalities Hemochromatosis mutation detection Other
 Cystic Fibrosis

I request and authorize the physician identified below and/or TriCore Reference Laboratories to collect, obtain, retain, transmit, and use genetic information and samples for genetic analysis from (check one):

- me my minor child my fetus _____

for the purpose listed above. My signature below constitutes my acknowledgement that the principles, benefits, and risks of genetic analysis have been explained to my satisfaction by the physician listed below or by a genetic counselor. I acknowledge that I have had the opportunity to ask questions concerning the genetic analysis that is to be performed and the use of the test results and that my questions have been answered to my satisfaction.

I understand the following about the test procedure and its outcome:

1. Genetic analysis may:

- a) Diagnose whether I am or am not affected with this condition;
- b) Predict whether I am or am not at risk for developing this condition;
- c) Indicate whether I am or am not a carrier for this condition; or
- d) Be indeterminate due to limitations of current technology.

- 2. This genetic analysis may be specific only for the condition named above. It will not detect all mutations possible within this gene nor detect mutations in other genes.
- 3. The significance of a positive and a negative test result based on my family history has been explained.
- 4. Although mutation and/or linkage analyses usually yield precise information, several sources of error are possible, including those due to inaccurate information regarding family relatedness.
- 5. Through genetic analysis, the laboratory may discover false paternity. A genetic analysis may also suggest a genetic condition in another family member.
- 6. Genetic analysis results may cause emotional stress. All test results are treated with standard medical confidentiality. If an insurance provider requires test results for reimbursement purposes, I authorize the laboratory to release them. New Mexico and several other states have laws prohibiting discrimination by health insurers on the basis of pre-symptomatic genetic testing results.
- 7. Genetic analysis may involve complex, multi-part processes. Turn-around times are only estimates and cannot be guaranteed. Occasionally, the laboratory may request a second sample for genetic analysis.
- 8. After genetic analysis is completed, any remaining sample material may be retained, transmitted and/or used for quality assurance or education purposes or for scientific or medical research under the oversight of an Institutional Review Board. Refusal to permit the use of my sample for research will not affect this test procedure. I can withdraw my consent at any time by contacting the director of the laboratory that performed this genetic testing. **If you do not consent to the use of your sample for research, please sign here.** _____

PATIENT CONSENT: The content of this form has been explained to me by my healthcare provider and my signature indicates consent for the genetic test indicated above.

Name of Referring Physician: _____

Name of Patient: _____

Signature of Patient or Guardian: _____

Signature of Witness: _____

Date: _____, 200__

**Consentimiento informado para la realización
de un análisis genético**

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

FDN: _____ SEXO: M F

Solicito un análisis genético con el siguiente propósito:

- Análisis citogenético para detectar anomalías constitucionales Detección de mutación para la hemocromatosis Otro
 Fibrosis quística

Solicito y autorizo al médico identificado a continuación y/o a TriCore Reference Laboratories a extraer, obtener, retener, transmitir y utilizar la información genética y las muestras para análisis genético de (marque una):

- mí mi hijo menor de edad mi feto _____

con el propósito que se indicó anteriormente. Mi firma mostrada al final significa que reconozco que el médico que se indica a continuación o el asesor genético me explicaron los principios, beneficios y riesgos del análisis genético a mi entera satisfacción. Reconozco que tuve la oportunidad de hacer preguntas con relación al análisis genético que se llevará a cabo, y que mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.

Comprendo la información siguiente acerca del procedimiento de análisis y sus resultados:

- El análisis genético puede:
 - diagnosticar si estoy o no afectado(a) por esta enfermedad;
 - predecir si tengo o no riesgo de desarrollar esta enfermedad;
 - indicar si soy o no portador(a) de esta enfermedad; o
 - no determinar nada debido a las limitaciones de la tecnología actual.
- Este análisis genético puede ser específico únicamente para la enfermedad mencionada anteriormente. No detectará todas las mutaciones posibles de este gen ni detectará mutaciones en otros genes.
- Se me explicó el significado de un resultado de análisis positivo y negativo sobre la base de mis antecedentes familiares.
- A pesar de que los análisis de mutación y los análisis ligados en general proporcionan información precisa, son posibles muchas fuentes de error, incluidas aquellas debidas a una información imprecisa con respecto al parentesco familiar.
- Mediante el análisis genético, el laboratorio puede descubrir una falsa paternidad. Un análisis genético puede sugerir una afección genética en otro integrante de la familia.
- El análisis genético puede causar estrés emocional. Todos los resultados se tratan con la confidencialidad médica habitual. Si un proveedor de seguros necesita los resultados del análisis para hacer un reembolso, autorizo al laboratorio a dárselos. Nuevo México y otros estados tienen leyes que prohíben la discriminación por parte de las aseguradoras de salud sobre la base de resultados genéticos presintomáticos.
- El análisis genético puede implicar procesos complejos de muchos pasos. El tiempo que demoran en estar listos sólo es estimado y no se puede garantizar. En algunos casos, el laboratorio puede solicitar una segunda muestra para análisis genético.
- Una vez que se completa el análisis genético, cualquier muestra de material sobrante puede ser retenida, transmitida y/o utilizada con fines educativos o de garantía de la calidad o para investigación científica o médica bajo la supervisión de un Comité de Revisión Institucional (IRB). Mi negativa a permitir el uso de mi muestra para investigaciones no afectará el procedimiento de este análisis. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento poniéndome en contacto con el director del laboratorio que realizó este análisis genético. **Si usted no autoriza el uso de su muestra para investigaciones, por favor firme aquí.** _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: Mi proveedor de atención médica me explicó el contenido de este formulario y mi firma indica que doy mi consentimiento para que se realice el análisis genético indicado anteriormente.

Nombre del médico que lo(a) remite: _____

Nombre del paciente o de la paciente: _____

Firma del paciente o tutor: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____, 200__