

BRAC 测试申请表

样品收集日期 (必填)	
-------------	--

订购医生信息				结果接收人				
姓名	邮箱			姓名	邮箱			
办公室电话	移动电话			办公室电话	移动电话			
地址				地址				
客户信息								
姓名	性别	出生年月	电话			邮箱		
地址								
癌症和其他临床信息的个人历史			正在接受治疗	癌症的家族史 (请指出关系, 母亲或父亲, 癌症部位, 确诊年龄)				
癌症	确诊年龄	病理学/其他信息		□ 没有已知的家族史				
□ 没有癌症的个人史				客户与癌症患者关系	母系	父系	癌症位置	确诊的年龄
□ 乳腺癌	□ 左 □ 右	□ 三阴 (ER-, PR-HER2-) □ 导管浸润 □ 双边 □ 小叶入侵 □ DCIS □ 绝经期		□	□	□		
□ 卵巢癌		□ 非上皮		□	□	□		
□ 前列腺癌		格里森得分:		□	□	□		
□ 其他癌		类型		□	□	□		
□ 骨髓移植受体								
□ 目前对血液癌的诊断								
要求的测试								
□ 检测个体是否存在 BRCA1 或 BRCA2 突变								
□ 其他 _____								
知情同意和医疗必需性声明								
方案 1: 客户付款 (有关测试价格的问题, 请致电客户服务部)								
方案 2: 其他结算 (要建立帐户, 请使用此表单提交结算信息)								