natera™ | Signatera™ Residual disease test (MRD)

ALAB genetyka

1234567-2-X

Please place collection kit barcode here.

1. PATIENT INFORMATION / DANE PACJENTA

Patient Last Name *Nazwisko pacjenta*

Patient First Name *Imię pacjenta*

Date of Birth (DD/MM/YY) *Data urodzenia (DD/MM/RR)*

☐ F/K ☐ M/M Biological Sex *Płeć biologiczna*

Patient Email *Email pacjenta*

Address *Adres*

City *Miasto*

Country *Kraj*

Telephone *Telefon*

PESEL *PESEL*

2.ORDERING CLINICIAN / LEKARZ ZLECAJĄCY

ALAB Laboratoria Sp. z o. o.

Clinic or Organization *Klinika lub Firma*

Ordering Clinician *Lekarz zlecający*

48603

Natera® LIMS ID

Telephone *Telefon*

Fax *Faks*

Address *Adres*

Email *Email*

City *Miasto*

Country *Kraj*

☐ I hereby authorize the pathology laboratory listed below to release the patient's FFPE tissue to Natera.
Niniejszym upoważniam wymienione poniżej laboratorium patologiczne do przekazania tkanki FFPE pacjenta firmie Natera.

3. SIGNATERA™ TEST ORDERING / ZLECENIE BADANIA SIGNATERA™

☐ **SIGNATERA SINGLE TEST ORDER**
JEDNORAZOWE ZLECENIE TESTU

Date of Blood Collection (DD/MM/YY)
Data pobrania krwi (DD/MM/RR)

Blood Collector's Signature *Podpis osoby pobierającej*

Sample Requirements: FFPE Tissue:
Wymagania:Tkanka FFPE:

Requires 6-10, 10-micron slides (or comparable amount of tissue) OR a tissue block. BOTH require a contiguous H&E slide.

Wymaga 6–10 szkiełek o grubości 10 µm (lub porównywalnej ilości tkanki) LUB bloczka parafinowego. W OBU przypadkach wymagany jest preparat barwiony H&E

Blood Sample:
Próbka krwi:

Two 10mL Streck tubes, PLUS one 6mL EDTA tube
Dwie probówki Streck 10ml, PLUS jedna probówka EDTA 6ml

Sample Requirements: Blood Sample:
Wymagania: Próbka krwi:

Two 10mL Streck tubes *Dwie probówki Streck 10ml*

4.PATIENT HISTORY / WYWIAD MEDYCZNY PACJENTA

☐ **Most recent progress/clinical note attached (Clinical note should be in English)** *Załączono najnowszą dokumentację medyczną (Powinna być w j. angielskim)*

Cancer Type/Subtype: *Typ/podtyp nowotworu:*
☐ *Lokalny RJG* Local or Regional CRC ☐ *Pierś* Breast ☐ *Płuco* Lung ☐ *Pęcherz* Bladder ☐ *Inne* Other

Podtyp Subtype

Date of Diagnosis (MM/DD/YY) *Data diagnozy (MM/DD/RR)*

Date of Surgery (MM/DD/YY) *Data operacji (MM/DD/RR)*

ECOG Rating (0-4) *ECOG Rating (0-4)*

Recent Imaging: Date and Key Findings (e.g. CR, PR, SD, NR)
Ostatnie badanie obrazowe: Data i wynik (np.: CR,PR, SD, NR)

Stage at Original Diagnosis: *Stadium przy rozpoznaniu* ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

History of Recurrence: *Historia wznowy:* ☐ Yes *Tak* ☐ No *Nie*

Current Status: *Obecny status:* ☐ Active disease *Akt. choroba* ☐ No evidence of disease *Brak oznak choroby*

**Test Signatera jest obecnie dostępny wyłącznie dla guzów litych.*

***Please note Signatera can only be performed on solid tumors at this time.**

5.PATHOLOGY (SKIP IF SUBSEQUENT TEST) / PATOLOGIA (POMINĄĆ W PRZYPADKU KOLEJNEGO BADANIA)

☐ **Pathology report attached**
Załączono raport patomorfologiczny

Tissue Collection Date (MM/DD/YY)
Data pobrania tkanki (MM/DD/RR)

Accession # / Block ID
Numer próbki/bloczka
Please provide most abundant malignant tissue
Materiał z największą zawartością tk. nowotw.

Pathologist's Name / Contact *Patomorfolog/dane kontaktowe*

Pathology Department Name *Pracownia patomorfologii*

Address *Adres*

City *Miasto*

State *Woj.*

Zip *Kod pocztowy*

Email *Email*

Telephone *Telefon*

Fax *Faks*

6.DISPOSITION OR RETENTION OF SAMPLES / POSTĘPOWANIE Z PRÓBKAMI LUB ICH PRZECHOWYWANIE

Ordering Clinic / Laboratory confirms that the patient has given informed consent(s) to the following processing activities:
Placówka zlecająca potwierdza, że pacjent został poinformowany i wyraził świadomą zgodę na następujące działania:

☐ Patient's samples and related data will be sent outside of the EU for performance of the ordered test(s) by Natera and/or its contractor(s), and patient and patient's heirs will not receive any payments, benefits, or rights to any resulting products or discoveries.

Próbki pacjenta oraz powiązane z nimi dane zostaną przesłane poza Unię Europejską w celu wykonania zleconych badań przez firmę Natera i/lub jej podwykonawców. Pacjent ani jego spadkobiercy nie będą uprawnieni do żadnych płatności, korzyści ani praw do produktów lub odkryć powstałych w wyniku tych badań.

☐ Patient's leftover samples and related data may be kept by Natera in compliance with applicable laws, for purposes of future research & development, product validation and quality assurance, either independently or in collaboration with third-party partners.

Niewykorzystany materiał pacjenta oraz powiązane z nim dane mogą być przechowywane przez firmę Natera zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa na potrzeby przyszłych badań i rozwoju, walidacji produktów oraz zapewnienia jakości, zarówno samodzielnie, jak i we współpracy z partnerami zewnętrznymi.

Signed by: *Podpisano:*

Authorized Signature (REQUIRED) *Podpis (WYMAGANE)*

BARCODE ALAB
KOD KRESKOWY ALAB

Customer Name and Address *Nazwa i adres klienta*

Natera, Inc. | 201 Industrial Road, Suite 410 | San Carlos, CA 94070 | 1-650-489-9050 | Fax 1-650-730-2272