



ศูนย์จีโนมทางการแพทย์

CENTER FOR MEDICAL GENOMICS

ชั้น 3 ศูนย์บริการทางการแพทย์ โรงเรียนเวรดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
108 ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
064-620-7399, 064-585-0928 (เบอร์ภายใน 74077)
Line@: @CMGRAMA facebook.com/CMGRama

Somatic Mutation Testing for Cancer Treatment Request Form

PATIENT INFORMATION

NAME : _____

HN: _____	SEX: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	DOB: (DD/MM/YYYY) _____	ETHNICITY: _____
-----------	--	-------------------------	------------------

CANCER DIAGNOSIS : (Check one that apply)

<input type="checkbox"/> BREAST (Age at Dx _____ , Bilateral?(Y/N) _____)	<input type="checkbox"/> NON-SMALL CELL LUNG CANCER (Age at Dx _____)
<input type="checkbox"/> OVARIAN (Age at Dx _____)	<input type="checkbox"/> COLORECTAL CARCINOMA (Age at Dx _____)
	<input type="checkbox"/> METASTATIC MELANOMA (Age at Dx _____)
	<input type="checkbox"/> OTHER _____ (Age at Dx _____)

ORDERING PHYSICIAN INFORMATION

PHYSICIAN'S NAME: _____

HOSPITAL: _____	E-MAIL: _____	TEL: _____
-----------------	---------------	------------

TEST REQUESTED (Check one that apply)

Sample	FFPE TISSUE	CELL-FREE DNA
Test	<input type="checkbox"/> BRCA1/2 SOMATIC TESTING by NGS (รหัส - 11792 และ 11777 ** ต้องคีย์ทั้ง 2 รหัส **)	<input type="checkbox"/> Pan Cancer liquid biopsy by NGS (รหัส - 11871)
Turnaround Time	3 Weeks	
Hotspot/ Whole mutation	HOMOLOGOUS RECOMBINATION REPAIR (HRR) 15 GENES: ATM, BRCA1, BRCA2, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D and RAD54L	40 GENES (AKT1, ALK, AR, ARAF, BRAF, CHEK2, CTNNB1, DDR2, EGFR, ERBB2, ERBB3, ESR1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, FLT3, GNA11, GNAQ, HRAS, IDH1, IDH2, KIT, KRAS, MAP2K1, MAP2K2, MET, MTOR, NRAS, NTRK1, NTRK3 PDGFRA, PIK3CA, RAF1, RET, ROS1, SF3B1, SMAD4, SMO) and 4 Tumor Suppressor genes (APC, FBXW7, PTEN, TP53)
Fusion gene	N/A	12 genes (ALK, BRAF, ERG, ETV1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, MET, NTRK1, NTRK3, RET, ROS1)
CNV	N/A	12 genes (CCND1, CCND2, CCND3, CDK4, CDK6, EGFR, ERBB2, FGFR1, FGFR2, FGFR3, MET, MYC)

SPECIMEN INFORMATION

FFPE Tissue:

cfDNA: Peripheral Blood เจาะด้วยเข็มขนาด 20-22G ในหลอด Cell-Free (หลอดเดียวกับ Thai NIPT) ปริมาณ 10 ml

BLOCK / TUBE NO: _____

DATE OF COLLECTION: _____

****ต้องการส่งตัวอย่างโปรดติดต่อศูนย์จีโนมที่เบอร์ 064-585-0928****

TEST AUTHORIZATION

สำหรับแพทย์ผู้ส่งตรวจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลของผู้รับบริการถูกต้องตามความเข้าใจของข้าพเจ้า และข้าพเจ้าได้ชี้แจงถึงหลักการและประโยชน์ของการตรวจนี้ รวมถึงโอกาสที่อาจพบ Germline Mutation ซึ่งจะส่งผลต่อโอกาสการเกิดมะเร็งในครอบครัวแก่ผู้รับบริการแล้ว

ลายเซ็นแพทย์: _____

Sample received Date (CMG): _____	Received by: _____	Note: _____
-----------------------------------	--------------------	-------------