

SCHEDA INVIO TEST GENETICO BRCA A SCOPO TERAPEUTICO PER IL CARCINOMA MAMMARIO

[compilazione a cura dell'oncologo richiedente ed invio al LABORATORIO]

Dati paziente: NOME..... COGNOME..... DATA DI NASCITA.....
ETA' ALLA DIAGNOSI Tipo istologico.....

➤ **CRITERI DI SOSPETTA EREDITARIETÀ NELLA FAMIGLIA**

➔ indicare la specifica situazione personale/familiare, se presente:

Numero di soggetti affetti presenti in famiglia	Condizione
1 caso dei seguenti tumori:	☐ Tumore della mammella in età ≤ 40 anni ^a
	☐ 2 tumori primari della mammella in età ≤ 50 ^b
	☐ Tumore della mammella maschile
	☐ Tumore della mammella e dell'ovaio ^c nella stessa paziente
	☐ Tumore della mammella di tipo "triplo negativo" (qualsiasi età) ^a
	☐ Tumore epiteliale ovarico non mucinoso e non borderline, carcinoma della tuba o tumore primitivo peritoneale
2 casi in una qualsiasi combinazione dei seguenti tumori ^d :	☐ Tumore della mammella ≤ 50 anni
	☐ 2 tumori primari della mammella ^b
	☐ Tumore epiteliale ovarico non mucinoso e non borderline, carcinoma della tuba o tumore primitivo peritoneale
	☐ Adenocarcinoma del pancreas
	☐ Tumore della prostata ^e
3 casi in una qualsiasi combinazione dei seguenti tumori:	☐ Tumore della mammella (qualsiasi età)
	☐ Tumore della prostata ≤60 anni
	☐ Adenocarcinoma del pancreas
	☐ Tumore dell'ovaio
-	☐ Presenza nella famiglia di VP nota

^a Criterio per il percorso di accesso al test secondo linee guida AIOM_carcinoma mammario 2023.

^b Bilaterali o ipsilaterali (nel caso in cui il secondo tumore sia chiaramente distinto e distante più di 3 cm dal primo e con morfologia e/o profilo di marcatori differenti).

^c In considerazione dell'ipotesi eziopatogenetica del carcinoma ovarico di alto grado (tipo II) a provenienza dalle tube, il termine carcinoma ovarico, ove non altrimenti specificato, viene utilizzato a comprendere anche la neoplasia tubarica.

^d In parenti di 1° grado (genitori, fratelli, figli) o di 2° grado in presenza di un maschio interposto appartenenti allo stesso ramo parentale.

^e Almeno un caso ≤60 anni, non grade group 1, se la combinazione prevede soltanto 2 casi di tumore della prostata.

➤ **INDICAZIONI AL TEST BRCA A SCOPO TERAPEUTICO**

➔ **Indicare in quale delle seguenti indicazioni terapeutiche ricade il caso in oggetto:**

- ☐ Paziente con carcinoma della mammella recettori ormonali positivi/HER2 negativo non metastatico e ≥ 4 linfonodi coinvolti
- ☐ Paziente con carcinoma della mammella recettori ormonali positivi/HER2 negativo non metastatico trattata con precedente CT neoadiuvante e residuo di malattia con CPS/EG score≥3
- ☐ Pazienti con carcinoma della mammella recettori ormonali negativi/HER2 negativo non metastatico ad alto rischio (definito come ≥ pT2 o ≥ pN1 se chirurgia di prima istanza o residuo di malattia se precedente CT neoadiuvante)

➔ **su carta intestata dell'Ente**

- ☐ Paziente con carcinoma mammario inoperabile o metastatico recettori ormonali negativi/HER2 negativo precedentemente trattata con un'antraciclina e un taxano nel setting (neo)adiuvante o metastatico (o non eleggibile per questi trattamenti) - il test può essere eseguito durante una linea di terapia precedente per permettere un adeguato tempo di esecuzione e refertazione del test
- ☐ Paziente con carcinoma mammario inoperabile o metastatico recettori ormonali positivi/HER2 negativo precedentemente trattata con un'antraciclina e un taxano nel setting (neo)adiuvante o metastatico (o non eleggibile per questi trattamenti) ed in progressione a terapia endocrina e Cdk4/6 inibitori (o non eleggibile per questi trattamenti) - il test può essere eseguito durante una linea di terapia precedente per permettere un adeguato tempo di esecuzione e refertazione

➤ **PERCORSO DI INVIO AL TEST**

SOSPETTA EREDITARIETÀ	TEST PER SCOPO TERAPEUTICO	INDICAZIONE
	✓	☐ <i>minicounseling</i> e invio al laboratorio
✓	✓	☐ Invio in CGO con priorità terapeutica

Refertazione del test richiesta entro il:

Oncologo richiedente: Nome e Cognome

UOC..... Data ____/____/____ Firma.....

[compilazione a cura del laboratorio]

LABORATORIO

- Data accettazione

- Invio tramite: ☐ CGO
priorità terapeutica ☐ *minicounseling*
oncologo

- Documentazione corretta (consenso informato,
impegnative,
compilazione scheda, ecc..) ☐ si ☐ no

- Campione idoneo (quantità, stato, etichettatura,
conservazione, ecc..) ☐ si ☐ no

- Data refertazione:

Esito: ☐ positivo ☐ non informativo

Note: