

## Test Request Form

### PATIENT INFORMATION (REQUIRED)

Patient Last Name:		Patient First Name:	
Address:			
City:	State:	Zip Code:	
Date of Birth: (MM DD YYYY)	Gender:	Phone (mobile preferred):	
Medical Record Number (MRN):	Email:		

### PATIENT CHARACTERISTICS (REQUIRED)

<b>Cancer Diagnosis</b> (ICD-10 code):	<b>Date of diagnostic procedure if Cancer Diagnosis is not available</b> (MM DD YYYY):
<b>Stage:</b> <input type="checkbox"/> Advanced Stage (Stage IIIB-IV NSCLC, Stage III-IV Other Cancer Types) <input type="checkbox"/> Early Stage (Stage I-III A NSCLC, Stage I-II Other Cancer Types)	
<b>Disease Status:</b> <input type="checkbox"/> Metastatic <input type="checkbox"/> Recurrent <input type="checkbox"/> Refractory <input type="checkbox"/> Relapse	<b>EGFR Sensitizing Mutation Status:</b> <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Unknown
<b>ECOG Performance Status:</b> (if known) <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ECOG 2	<b>Histology:</b> (if known) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Squamous <input type="checkbox"/> Other

### TEST MENU (REQUIRED)

Select IQLung™ Treatment Guidance Testing or the individual options below:

- IQLung™ Treatment Guidance Testing**
- Advanced Stage or Metastatic, Recurrent, Refractory, Relapsed:**  
GeneStrat NGS® test will reflex to VeriStrat® proteomic test
- Early Stage:** GeneStrat® targeted test will reflex to VeriStrat® proteomic test

**NOTE:** If stage or disease status is not indicated at specimen receipt, the assay will not commence until provided, which may affect time to result.

#### Individual Options: Tumor Mutation and Host Immune Profile Testing

- GeneStrat NGS® Genomic Test Only**
- GeneStrat® Targeted Genomic Test Only (ddPCR)**
- Or check individual markers to test specific mutations:
- EGFR       ALK       KRAS       BRAF
- VeriStrat® Proteomic Test Only**

### TREATMENT PLAN (OPTIONAL)

**Prior to receiving test results, which treatments would you consider for this patient?** (check all that apply)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Targeted Drug Therapy<br>(e.g. erlotinib, osimertinib) | <input type="checkbox"/> Platinum Doublet Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Single Agent Immunotherapy<br>(e.g. pembrolizumab)     | <input type="checkbox"/> Single Agent Chemotherapy     |
| <input type="checkbox"/> Immunotherapy and<br>Chemotherapy Combinations         | <input type="checkbox"/> Radiation Therapy             |
| <input type="checkbox"/> Immunotherapy combinations                             | <input type="checkbox"/> Palliative Care               |
|   | <input type="checkbox"/> Supportive Care   Hospice     |
|   | <input type="checkbox"/> Other (please specify):       |

**NOTE:** If required information needed to deliver test results is not provided within 90 days, the test request will be canceled.

#### biodesix.com

919 W Dillon Road, Louisville, CO 80027  
CLIA #06D2085730 | Permanent Facility Identifier (PFI) 8471  
©2023 Biodesix, Inc. All rights reserved. DOC-004156 v3.0

### PHYSICIAN INFORMATION (REQUIRED)

Office   Practice:		
Ordering Physician:		
Address:		
City:	State:	Zip Code:
Office   Practice Primary Contact:	Phone:	Fax:
Office   Practice Secondary Contact:	Phone:	Fax:
Test Result Delivery:	<input type="checkbox"/> Encrypted Email	<input type="checkbox"/> Fax
	<input type="checkbox"/> Copy Secondary Contact	<input type="checkbox"/> Physician Portal
Email:		

By selecting any of these test delivery options, you are authorizing the electronic delivery of test results by Biodesix in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act and the rules reflected in the HITECH Act.

### BLOOD DRAW INSTRUCTIONS (REQUIRED)

#### Select the location of blood draw

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinate Home Phlebotomy<br>(Fax this form to 1.866.432.3338) | <input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery Center                 |
| <input type="checkbox"/> In Office (non-hospital)  | <input type="checkbox"/> Hospital (inpatient)                      |
| <input type="checkbox"/> Veteran's Affairs (VA) Facility                                 | <input type="checkbox"/> Hospital (outpatient)                     |
| <input type="checkbox"/> Independent Lab (enter name):                                   | <input type="checkbox"/> Independent Phlebotomist<br>(enter name): |

#### For Phlebotomist Use Only

- I, the phlebotomist, verify that the enclosed specimen was collected and processed according to the protocol provided by Biodesix. I verify that this specimen is the specimen taken from the patient named on this form.

Initial: \_\_\_\_\_ Date (MM|DD|YYYY): \_\_\_\_\_

### BILLING INFORMATION (REQUIRED)

#### Check Only One Box

- Patient insurance information is ATTACHED (please attach a copy of the patient's insurance card and/or Face Sheet if possible)
- Patient does not have insurance (please complete the financial assistance application included in test kit and attach a copy)

VeriStrat test uses CPT code 81538 for billing purposes. GeneStrat NGS test uses CPT Code 81455 for billing purposes. GeneStrat test uses CPT codes 81235 (EGFR), 81401 (ALK), 81275 (KRAS), and 81210 (BRAF) for billing purposes.

### AUTHORIZATION AND CERTIFICATION OF MEDICAL NECESSITY (REQUIRED)

Your signature constitutes a certification of medical necessity and intent to consider and use the results of the test(s) ordered. All of the information on this form is true and correct. You have obtained patient consent and authorize Biodesix to use and release the results and patient information for reimbursement purposes and as may be appropriate for additional clinical testing services.

Signature of treating physician or authorized representative: \_\_\_\_\_ Date (MM|DD|YYYY): \_\_\_\_\_

Medicare Signature Requirements for providers define a valid signature as "handwritten or electronic." Please provide a wet ink or electronic signature on this form. If you are unable to do so, please contact Biodesix Customer Care at 1.866.432.5930.

### INTERESTED IN ONLINE ORDERING AND TEST DELIVERY?

Contact Customer Care at 1.866.432.5930 to learn more about the Biodesix Physician Portal.

## Formulario de solicitud de prueba

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

Apellido del paciente:		Nombre del paciente:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento: (MM DD AAAA)	Sexo:	Teléfono (preferiblemente celular):	
Número de registro médico (MRN):	Correo electrónico:		

### CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

<b>Diagnóstico de cáncer</b> (código CIE-10):	<b>Fecha del procedimiento diagnóstico si el diagnóstico de cáncer no está disponible</b> (MM DD AAAA):
<b>Estadio:</b>	
<input type="checkbox"/> Etapa avanzada (cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio IIIB-IV; otros tipos de cáncer en estadio III-IV) <input type="checkbox"/> Etapa temprana (cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I-IIIa; otros tipos de cáncer en estadio I-II)	
<b>Estado de la enfermedad:</b>	<b>Estado de mutación sensibilizante del EGFR:</b>
<input type="checkbox"/> Metastásico <input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Refractario <input type="checkbox"/> Recidiva	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Estado funcional ECOG:</b> (si se conoce)	<b>Histología:</b> (si se conoce)
<input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ECOG 2	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Células escamosas <input type="checkbox"/> Otro

### MENÚ DE PRUEBAS (OBLIGATORIO)

Seleccione **IQLung™ Treatment Guidance Testing** o las opciones individuales que figuran a continuación:

#### IQLung™ Treatment Guidance Testing

**Etapa avanzada o metastásico, recurrente, refractario, con recidiva:**  
 La prueba GeneStrat NGS® se reflejará en la prueba proteómica VeriStrat®

**Etapa temprana:** La prueba dirigida GeneStrat® se reflejará en la prueba proteómica VeriStrat®

**NOTA:** Si no se indica la etapa o el estado de la enfermedad en la recepción de la muestra, el análisis no comenzará hasta que se proporcionen estos datos, lo que puede demorar el tiempo que se tarda en obtener el resultado.

Opciones individuales: Pruebas de mutación tumoral y perfil inmunitario del huésped

- GeneStrat NGS®** solo prueba genómica
- GeneStrat®** solo prueba genómica dirigida (ddPCR)
- O compruebe los marcadores individuales para analizar mutaciones específicas:
- EGFR     ALK     KRAS     BRAF
- VeriStrat®** solo prueba proteómica

### PLAN DE TRATAMIENTO (OPCIONAL)

Antes de recibir los resultados de las pruebas, ¿qué tratamientos considera para este paciente? (marque todas las opciones que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia farmacológica dirigida (p. ej., erlotinib, osimertinib) | <input type="checkbox"/> Quimioterapia con doblete de platino |
| <input type="checkbox"/> Inmunoterapia con agente único (p. ej., pembrolizumab)          | <input type="checkbox"/> Quimioterapia con agente único       |
| <input type="checkbox"/> Combinaciones de inmunoterapia y quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> Radioterapia                         |
| <input type="checkbox"/> Combinaciones de inmunoterapia                                  | <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos                  |
|  | <input type="checkbox"/> Cuidados de apoyo   Hospicio         |
|  | <input type="checkbox"/> Otro (especifique):                  |

**NOTA:** Si la información necesaria para entregar los resultados de la prueba no se proporciona dentro de los 90 días, la prueba se cancelará.

**biodesix.com**

919 W Dillon Road, Louisville, CO 80027  
 CLIA #06D2085730 | Permanent Facility Identifier (PFI) 8471  
 ©2023 Biodesix, Inc. All rights reserved. DOC-004156 v3.0

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO (OBLIGATORIO)

Oficina   Consultorio:		
Médico solicitante:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Oficina   Contacto principal del consultorio:	Teléfono:	Fax:
Oficina   Contacto secundario del consultorio:	Teléfono:	Fax:
Entrega del resultado de la prueba:	<input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado <input type="checkbox"/> Copiar contacto secundario	<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Portal para médicos
Correo electrónico:		

Al seleccionar cualquiera de estas opciones de entrega de pruebas, usted autoriza la entrega electrónica de los resultados de las pruebas por parte de Biodesix de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos y las normas reflejadas en la Ley HITECH.

### INSTRUCCIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE (OBLIGATORIO)

#### Seleccione la ubicación de la extracción de sangre

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinar la flebotomía en el hogar (enviar este formulario por fax al 1.866.432.3338)<br><input type="checkbox"/> En el consultorio (no en el hospital)<br><input type="checkbox"/> Centro de Asuntos de Veteranos (Veteran's Affairs, VA)<br><input type="checkbox"/> Laboratorio independiente (ingrese el nombre): | <input type="checkbox"/> Centro de cirugía ambulatoria<br><input type="checkbox"/> Hospital (paciente hospitalizado)<br><input type="checkbox"/> Hospital (paciente ambulatorio)<br><input type="checkbox"/> Flebotomista independiente (ingrese el nombre): |
|---|--|

#### Solo para uso de flebotomistas

- Yo, el flebotomista, verifico que la muestra adjunta se obtuvo y se procesó de acuerdo con el protocolo proporcionado por Biodesix. Confirmando que esta es la muestra tomada del paciente mencionado en este formulario.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha (MM|DD|AAAA): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN (OBLIGATORIO)

#### Marque solo una casilla

- La información del seguro del paciente está **ADJUNTA** (adjunte una copia de la tarjeta de seguro del paciente o la hoja de presentación si es posible)
- El paciente **no tiene seguro** (complete la solicitud de asistencia financiera incluida en el kit de prueba y adjunte una copia)

La prueba VeriStrat utiliza el código CPT 81538 para fines de facturación. La prueba GeneStrat NGS utiliza el código CPT 81455 para fines de facturación. La prueba GeneStrat utiliza los códigos 81235 (EGFR), 81401 (ALK), 81275 (KRAS) y 81210 (BRAF) para fines de facturación.

### AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (OBLIGATORIO)

Su firma constituye una certificación de necesidad médica y una intención de consideración y uso de los resultados de las pruebas solicitadas. Toda la información de este formulario es verdadera y correcta. Ha obtenido el consentimiento del paciente y autoriza a Biodesix a usar y divulgar los resultados y la información del paciente para fines de reembolso y según corresponda para servicios de pruebas clínicas adicionales.

Firma del médico tratante o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha (MM|DD|AAAA): \_\_\_\_\_

En los requisitos de firma de Medicare para proveedores se establece como válida la firma "escrita o electrónica". Incluya una firma con tinta húmeda o una firma electrónica en este formulario. Si no puede hacerlo, comuníquese con Atención al Cliente de Biodesix llamando al 1.866.432.5930.

**¿LE INTERESA REALIZAR PEDIDOS Y RECIBIR PRUEBAS EN LÍNEA?**  
 Comuníquese con Atención al Cliente llamando al 1.866.432.5930 para obtener más información sobre el portal para médicos de Biodesix.