

Test Request Form

PATIENT INFORMATION

Patient Last Name:		Patient First Name:	
Address:			
City:	State:	Zip Code:	
Date of Birth: (MM DD YYYY)	Gender:	Phone (mobile preferred):	
Email:	Medical Record Number: (MRN)		
Race/Ethnicity (select all that apply):			
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Middle Eastern or North African		
<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander		
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> White		
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Decline to Provide		

PATIENT CHARACTERISTICS

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

TEST MENU

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

IQLung™ Treatment Guidance Testing

Advanced Stage or Metastatic, Recurrent, Refractory, Relapsed:
GeneStrat NGS® Genomic Test will reflex to VeriStrat® Proteomic Test

Early Stage: GeneStrat® Genomic 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® Genomic Test ONLY

Or check individual markers to test specific mutations:

EGFR ALK KRAS BRAF

VeriStrat® Proteomic Test ONLY

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

BILLING INFORMATION

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 protection program application included in test kit and attach a copy

For Billing Purposes: VeriStrat test uses CPT code 81538. GeneStrat NGS test uses CPT Code 81455. GeneStrat test uses CPT codes 81235 (EGFR), 81401 (ALK), 81275 (KRAS), and 81210 (BRAF).

PHYSICIAN INFORMATION

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.

TREATMENT PLAN

In lieu of IQLung Test results, which treatment are you considering for the patient? (select one)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Targeted Drug Therapy
(e.g. erlotinib, osimertinib) | <input type="checkbox"/> Platinum Doublet Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Single Agent Immunotherapy
(e.g. pembrolizumab) | <input type="checkbox"/> Single Agent Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Immunotherapy and
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): |

BLOOD DRAW INSTRUCTIONS

Select the location of blood draw:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinate Home Phlebotomy | <input type="checkbox"/> In Office (non-hospital) |
| <input type="checkbox"/> Hospital (inpatient) | <input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery Center |
| <input type="checkbox"/> Hospital (outpatient) | <input type="checkbox"/> Other (specify below):
(Ex. Independent Lab) |

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):

AUTHORIZATION AND CERTIFICATION OF MEDICAL NECESSITY

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.

The GeneStrat, GeneStrat NGS, and VeriStrat tests were developed and performance characteristics were determined by Biodesix, Inc. as laboratory developed tests. They have not been cleared or approved by the U.S. Food and Drug Administration.



SUBMIT THE TEST REQUEST FORM ONLINE

Formulario de solicitud de prueba

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente:		Nombre del paciente:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento: (MM DD AAAA)	Sexo:	Teléfono (preferiblemente celular):	
Correo electrónico:	Número de registro médico: (MRN)		
Raza/origen étnico (seleccione todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Medio Oriente o África del Norte	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Se niega a proporcionarlo		

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

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

MENÚ DE PRUEBAS

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

IQLung™ Treatment Guidance Testing

Etapas avanzada o metastásico, recurrente, refractario, con recidiva:

La prueba genómica GeneStrat NGS® se reflejará en la prueba proteómica VeriStrat®

Etapas tempranas: La prueba genómica 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
- O compruebe los marcadores individuales para analizar mutaciones específicas:
- EGFR ALK KRAS BRAF
- VeriStrat® solo prueba proteómica

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

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

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 del programa de protección financiera incluida en el kit de prueba y adjunte una copia

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

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

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

PLAN DE TRATAMIENTO

En lugar de los resultados de la prueba IQLung, ¿qué tratamiento está considerando para el paciente? (seleccione una opción)

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

INSTRUCCIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE

Seleccione la ubicación de la extracción de sangre:

- Coordinar la flebotomía en el hogar
- Hospital (paciente hospitalizado)
- Hospital (paciente ambulatorio)
- En el consultorio (no en el hospital)
- Centro de cirugía ambulatoria
- Otro (especifique abajo):
(laboratorio independiente ext.)

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):

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

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.

Las pruebas GeneStrat, GeneStrat NGS y VeriStrat se desarrollaron en Biodesix, Inc., donde se determinaron las características de rendimiento como pruebas desarrolladas en laboratorio. No han sido autorizadas ni aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.



ENVIAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRUEBA EN LÍNEA