

NOMBRE DEL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE HOY

Cuestionario sobre el cáncer hereditario

(los pacientes deben completarlo)

Instrucciones: Esta es una herramienta de detección para ayudar a que su proveedor de atención médica determine si usted se puede beneficiar de las pruebas genéticas del cáncer hereditario. Su proveedor de atención médica revisará este formulario para buscar cualquier factor de riesgo de presentar un síndrome de cáncer hereditario, como tipos similares de cáncer en la familia, diagnósticos de cáncer a edades tempranas o múltiples diagnósticos de cáncer en la misma persona.

¿EXISTEN ANTECEDENTES DE CÁNCER EN SU FAMILIA? Marque las opciones que correspondan.

Complete este formulario de la mejor manera posible. Considere solo a los familiares consanguíneos, como padre o madre, abuelos, abuelas, hijos, hijas, hermanos, hermanas, tías, tíos, primos y primas. Si comparte solo el padre o la madre con un hermano o hermana, indíquelo.

TIPO DE CÁNCER/ TUMORES	USTED MISMO/ PADRE O MADRE*/ HERMANOS/ HERMANAS/ HIJOS O HIJAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)	FAMILIA AMPLIADA (POR PARTE DE LA MADRE) TÍAS/TÍOS/ PRIMOS O PRIMAS*/ ABUELOS O ABUELAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)	FAMILIA AMPLIADA (POR PARTE DEL PADRE) TÍAS/TÍOS/ PRIMOS O PRIMAS*/ ABUELOS O ABUELAS*	EDAD DE DIAGNÓSTICO (SE ACEPTAN ESTIMACIONES)
✓ EJEMPLO: Cáncer de colon y recto	Yo	42			Tía Tío	46 55
CÁNCER DE MAMA (en mujeres u hombres)						
CÁNCER DE OVARIO (incluida la trompa de Falopio/cavidad peritoneal)						
CÁNCER DE ÚTERO						
CÁNCER DE COLON Y RECTO						
CÁNCER DE PÁNCREAS						
CÁNCER DE PRÓSTATA						
CÁNCER DE RIÑÓN						
MELANOMA						
CÁNCER DE ESTÓMAGO						
TUMOR CEREBRAL Tipo: _____						
OTRO TIPO DE CÁNCER Tipo: _____						
MÁS DE 10 PÓLIPOS COLORRECTALES (indique la cantidad)						

Sin antecedentes personales o familiares de cáncer

Mi familia es de origen judío asquenazí (una etnia que puede tener más probabilidades de padecer cáncer hereditario)

Yo, o alguien de mi familia, nos hemos sometido a pruebas genéticas para detectar un síndrome de cáncer hereditario.
(Describa y proporcione una copia del resultado de la prueba, si es posible)

* Indique si el familiar es hombre o mujer, si es posible.

Posibles indicaciones y opciones de pruebas genéticas*

(el proveedor de atención médica debe completar esta sección)

SI SU PACIENTE CUENTA CON ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, ES POSIBLE QUE SEA UN CANDIDATO ADECUADO PARA SOMETERSE A PRUEBAS GENÉTICAS.	Pruebas que SOLO incluyen genes que tienen pautas de gestión médica publicadas:	Opciones de perfiles completos que abordan múltiples tipos de cáncer, incluidos genes que pueden o no tener pautas de gestión publicadas:
Cáncer de mama hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)		
Cáncer de mama de manifestación temprana (≤ 50 años)	BRCAplus®, BRCANext®	CancerNext®, CancerNext-Expanded®
Cáncer de mama en una persona judía asquenazí, cáncer de mama triple negativo, múltiples casos de cáncer de mama o cáncer de mama masculino		
Antecedentes personales de cáncer de mama Y 2 familiares cercanos que padezcan cáncer de mama o próstata [^]		
Antecedentes personales de cáncer de mama Y, al menos, 1 familiar cercano que padezca cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo, cáncer de mama de manifestación temprana (≤ 50 años), cáncer de mama masculino, cáncer de ovario o cáncer de páncreas [^]		
Cáncer de carácter ginecológico hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)		
Cáncer de ovario, de trompas de Falopio o primario de peritoneo a cualquier edad	BRCANext®	CancerNext®, CancerNext-Expanded®
Cáncer de útero en una persona < 50 años o con inestabilidad microsatelital/ inmunohistoquímica (IMS/IHQ) anormal		
≥ 3 familiares cercanos que padezcan cáncer de colon y recto, endometrio, urotelio, estómago, ovarios, páncreas, cerebro, tracto biliar o intestino delgado		
Cáncer de colon y recto hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)		
≥ 10 pólipos colorrectales adenomatosos	ColoNext®	CancerNext®, CancerNext-Expanded®
Cáncer de colon y recto en una persona < 50 años o con IMS/IHQ anormal		
≥ 3 familiares cercanos que padezcan cáncer de colon y recto, endometrio, urotelio, estómago, ovarios, páncreas, cerebro, tracto biliar o intestino delgado		
Cáncer de próstata hereditario (personal o de un familiar de primer/segundo grado)		
Cáncer de próstata y ascendencia judía asquenazí		CancerNext®, CancerNext-Expanded®
Cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo a cualquier edad		
Antecedentes personales de cáncer de próstata Y 2 familiares cercanos que padezcan cáncer de próstata o de mama [^]		
Antecedentes personales de cáncer de próstata Y, al menos, 1 familiar cercano que padezca cáncer de próstata metastásico o de alto riesgo, cáncer de mama de manifestación temprana (< 50 años), cáncer de mama triple negativo, cáncer de mama masculino, cáncer de ovario o cáncer de páncreas		
Cáncer de páncreas hereditario (exocrino)		
Antecedentes personales o familiares de un familiar de primer grado (padre, madre, hermano, hermana, hijo o hija) que haya padecido cáncer de páncreas a cualquier edad		CancerNext®, CancerNext-Expanded®
Otros tipos de cáncer hereditarios		
Cáncer de riñón en una persona ≤ 46 años O múltiples tipos de cáncer primarios de riñón		CancerNext-Expanded®
≥ 2 familiares cercanos que padecen cáncer de riñón [^]		
Feocromocitoma o paraganglioma a cualquier edad		CancerNext-Expanded®
Cáncer gástrico difuso (CGD) a cualquier edad O antecedentes familiares de 2 o más familiares de primer o segundo grado que hayan padecido cáncer de estómago (al menos uno diagnosticado ≤ 50 años O confirmado con CGD), O BIEN un familiar de primer o segundo grado con cáncer de mama lobular y antecedentes personales o familiares de CGD	BRCAplus®	CancerNext®, CancerNext-Expanded®
≥ 3 diagnósticos de melanoma o cáncer de páncreas en el paciente o familiares cercanos. Diagnóstico personal de melanoma y un familiar de primer grado con cáncer de páncreas [^]		CancerNext®
Cáncer bulbar de tiroides		CancerNext-Expanded®

* Se trata de una lista sugerida; no exhaustiva. Hay otras situaciones en las que las pruebas genéticas pueden ser apropiadas.

[^] Del mismo lado de la familia.

One Enterprise, Aliso Viejo, CA 92656, EE. UU. Teléfono gratuito +1.866.262.7943 Fax +1.949.900.5501 [ambrygen.com](https://www.ambrygen.com)

©2024 Ambry Genetics Corporation. Todos los derechos reservados. Ambry Genetics®, BRCAplus®, BRCANext®, CancerNext®, CancerNext-Expanded® y ColoNext®

son marcas comerciales registradas de Ambry Genetics Corporation

MKT-ONCO-FLYR-20132-SP v1 11/08/24