

# Orderformulär

Doc-ID: A-500-008  
Rev 1

Ifyllt formulär skickas till:  
iCellate Medical AB  
Industrivägen 1  
171 48 Solna



Formuläret ifylles i samråd mellan dig som patient och din behandlande läkare.

## Genetiska canceranalyser

Kod:	Service:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Prislista

Kod	Service	Beskrivning	Panel/helgenom	Pris (SEK ink moms)
100XX	<i>Personlig cancerscreening (Kommer Q1 2020)</i>	CTC	-	-
20001	Genetisk cancerutredning	ctDNA/CTC	Panel (275 gener)	39 500 kr
20011	Genetisk cancerutredning Duo	ctDNA/CTC + gDNA	Panel (275+22 gener)	49 500 kr
30010	Nedärvd cancerrisk	gDNA	Panel (22 gener)	10 000 kr
30020	Nedärvd cancerrisk Plus	gDNA	Panel (146 gener)	12 500 kr
30030	Nedärvd cancerrisk Premium	gDNA	Helgenom	22 500 kr

### Förklaring till prislista

iCellate utför 3 olika tjänster, *Personlig cancerscreening* (lanseras i Q1 2020), *Genetisk cancerutredning* och *Nedärvd cancerrisk*. En *Genetisk cancerutredning* kan göras som enbart ett somatiskt test av tumörceller eller tumörfragment (20001) eller som ett kombinationstest för både somatiska mutationer och germline mutationer (20011). Testet för *Nedärvd cancerrisk* finns som 3 olika varianter beroende på hur stor panel man vill använda (22 gener (30010), 146 gener (30020) eller helgenom (30030)).

Ett gDNA test behövs endast göras en gång under en livstid på grund av att genomet inte ändrar sig.

Vänligen kontakta iCellate (order@icellate.se) för rådgivning vilken tjänst som passar dig bäst.

## Beställare

### Patient

Förnamn	Efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personnummer	Kön Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	
Gatuadress	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Orderformulär

Doc-ID: A-500-008  
Rev 1

Ifyllt formulär skickas till:  
iCellate Medical AB  
Industrivägen 1  
171 48 Solna



E-post

Telefonnummer

## Behandlande läkare

Titel	Förnamn	Efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sjuk- eller hälsovårdsorganisation, avdelning		
<input type="text"/>		
Gatuadress		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Postnummer	Postort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-post		
<input type="text"/>		
Telefonnummer		
<input type="text"/>		

## Kontaktperson för provtagning

Förnamn	Efternamn	Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-post	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Delgivning av resultat

Provsvar kommer att delges din behandlande läkare om inte annat uttryckligen överenskommits.

# Orderformulär

Doc-ID: A-500-008  
Rev 1

Ifyllt formulär skickas till:  
iCellate Medical AB  
Industrivägen 1  
171 48 Solna



## Patienthistorik (fylls i av behandlande läkare)

1. Har patienten tidigare varit diagnostiserad med cancer? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vilket år:
Om svaret var "Ja" på fråga 1, vilken var diagnosen? <input type="text"/> <input type="text"/>
Om svaret var "Ja" på fråga 1, har den cancer som åsytas i fråga 1 behandlats? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>
2. Är patienten diagnostiserad med cancer idag? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om svaret var "Ja" på fråga 2, vilken är diagnosen? <input type="text"/>
Om svaret var "Ja" på fråga 2, vad är TNM och tumörbördan? <input type="text"/>
Om svaret var "Ja" på fråga 2, beskriv hur tidigare, nuvarande och ev. planerad behandling sett ut! <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Har någon av patientens föräldrar, syskon eller barn haft cancer? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>

## Patientsamtycke

Du som patient är införstådd med att detta är en produkt som ännu inte är fullt ut validerad och kan därför vid vissa tillfällen ge ofullständiga svar. iCellates tester strävar efter att ge underlag för att få en bättre uppfattning om en komplex sjukdom, det är dock alltid din behandlande läkare som måste fatta beslut om hur svaren från iCellates analys ska användas samt vilken behandling som ska sättas in.

De test som iCellate tillhandahåller är känsliga och beroende av att proverna från din vårdenhet hanteras korrekt. Därför kan frakthantering eller andra yttre faktorer, utom iCellates kontroll, påverka möjligheten att analysera proverna. I dessa fall kommer iCellate inte att debitera för den fullständiga analysen utan istället debiteras en fast kostnad om (3000 kr) för att ha påbörjat analysen, alternativt skickas ett nytt prov (utan extra kostnad). Detta beror på att det inte alltid går att veta i förhand om provet är analyserbart, utan först när stora delar av analysen redan är genomförd.

Du är härmed införstådd med att de tester som relaterar till nedärvd cancerrisk kan medföra att förhöjd cancerrisk upptäcks samt att testet kan påvisa tidigare okända släktband.

Vidare är du införstådd med att de prover som du lämnar skickas till iCellate och kommer att förvaras i iCellate Medicals biobank som finns i företagets lokaler på Industrivägen 1 i Solna. Analyssvaren kommer att bevaras tills vidare. iCellate ska vidta de tekniska och organisatoriska åtgärder som erfordras enligt tillämpliga Dataskyddsregler och därvid vidta alla åtgärder avseende säkerhet i samband med denna typ av behandling. Du har när som helst rätt

# Orderformulär

Doc-ID: A-500-008  
Rev 1

Ifyllt formulär skickas till:  
iCellate Medical AB  
Industrivägen 1  
171 48 Solna



att återkalla ditt samtycke till att proverna förvaras i nämnda biobank. Dina prover och analysvar kommer i så fall att förstöras eller avidentifieras och du kommer att meddelas att så skett. Om du vill dra tillbaka ditt samtycke ska du kontakta Personuppgiftsansvarig person hos iCellate via [info@icellate.se](mailto:info@icellate.se).

Du är införstådd med att, för att kunna använda Tjänsterna, och för att iCellate ska kunna hantera dina prover, inklusive när din behandlande läkare loggar in i iCellates system, patienthistorik och provsvar, sparas som journalanteckningar utanför din vårdenhet, samt att din behandlande läkare och iCellate har tillgång till dessa uppgifter när som helst. iCellate garanterar att dina prover och resultatet från analyserna kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina personuppgifter i samband med att ditt prov lämnas till iCellate är din vårdenhet. Eventuella personuppgifter som uppstår i samband med analysen eller senare forskningsaktivitet ansvarar iCellate för.

För personuppgifterna som iCellate ansvarar för har du rätt att kostnadsfritt få ta del av. Du kan också begära att dessa uppgifter raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Vid en sådan begäran kommer iCellate göra en individuell prövning. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Personuppgiftsansvarig hos iCellate Medical (via mail [info@icellate.se](mailto:info@icellate.se)). Dataskyddsombud nås på via 08 – 400 548 00 (eller [info@icellate.se](mailto:info@icellate.se)). Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Jag har läst och förstått ovan punkter (obligatorisk för att använda iCellates tjänster).

Du samtycker till att proverna används i framtida biomedicinsk forskning som inte är beskriven här och som i förekommande fall kommer att granskas och godkännas av etikprövningsmyndigheten (EPM), som kan komma att besluta att du ska tillfrågas på nytt, samt att i samband med sådan forskning journalkopior eller information baserad på min journal kan komma att användas.

Jag har läst och samtycker till att mina prover får användas för framtida forskning.

Jag samtycker till att iCellate får kontakta mig i framtiden ang. tex. nya tjänster som kan hjälpa mig.

## Betalning

Ifyllt orderformulär skickas till iCellate med post (se överst på sidan), detta pga gällande GDPR regler. iCellate bekräftar att förfrågan är mottagen med ett mail med konfirmation samt betalinformation. Betalning sker med kreditkort (VISA eller Mastercard) via en länk till en säker hemsida. Betalningar utförs i samarbete med DIBS Linkpay (<https://www.dibs.se/linkpayse>). Analysen startas när betalningen är gjord. Om hela eller delar av analysen inte går att genomföra, kommer de icke genomförda delarna att återbetalas.

## Underskrifter

Patientens textade namn <input type="text"/>	Datum (ÅÅMMDD) <input type="text"/>	Underskrift
Behandlande läkares textade namn <input type="text"/>	Datum (ÅÅMMDD) <input type="text"/>	Underskrift