

Recepción muestras en 4ª planta Torre A
Teléfono U. Genética 96 124 46 86/ 96 124 46 87

Fecha solicitud:

IDENTIFICACIÓN DEL/LA PACIENTE (puede pegarse etiqueta identificativa)				OTROS DATOS	
NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	Fem Masc
SIP				TELÉFONO	
NHC				Paciente con síntomas de la enfermedad	
FECHA NACIMIENTO				Familiar de paciente estudiado previamente	
				Paciente pre sintomático (inicio en la edad adulta)	

DATOS CLÍNICOS	
DIAGNÓSTICO <i>(Indicación del estudio solicitado)</i>	
ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES	<i>(en estudios familiares se requiere una solicitud por cada miembro a estudiar e indicar los parentescos)</i>

SERVICIOS / PRUEBAS SOLICITADAS (consultar la cartera de servicios e indicar genes solicitados)		
Cariotipo DGP FISH TUBO/s HEP. SÓDICA	Genética molecular <i>(Detallar)</i> DGP PCR TUBO/s EDTA	Interconsulta y asesoramiento genético
URGENTE <i>(justificar)</i>		

IDENTIFICACIÓN DEL / LA SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDOS		Nº COLEGIADO/A	
SERVICIO	HOSPITAL		
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
Declaro que el / la paciente ha prestado Consentimiento Informado (CI) para la realización de análisis genéticos. <small>Según las leyes 41/2002 del 14 de nov, 14/2007 del 3 de jul y 1/2003 de 28 de enero.</small>			Firma del / la solicitante
SIN LA FIRMA DE LA SOLICITUD, QUE INCLUYE LA DECLARACIÓN DE QUE SE HA OBTENIDO CI, NO SE EMITIRÁ INFORME. EI CI NO DEBE MANDARSE CON LA SOLICITUD. DEBE ENVIARSE A DIGITALIZAR PARA QUE ESTÉ EN LA HC DEL PACIENTE.			

COMENTARIOS

DOCUMENTACIÓN A APORTAR
<ul style="list-style-type: none"> Informe breve de la enfermedad del paciente o familiar. En caso de estudio de portador/a aportar informe genético del familiar afecto. Si es posible, adjuntar árbol genealógico.

IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (a rellenar en toma de muestras)		
SERIE NUMÉRICA O CÓDIGO DE BARRAS:	FECHA EXTRACCIÓN:	EXTRACCIÓN REALIZADA POR: