

SOLICITUD DE ESTUDO GENÉTICO
HEMATO-ONCOLOGIA

MÉDICO SOLICITANTE

NOMBRE DEL MÉDICO*

SERVICIO

INSTITUCIÓN*

TELÉFONO

EMAIL*

CIUDAD

PAÍS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE*

FECHA DE NACIMIENTO* (dd/mm/aaaa)

Nº HISTORIA CLÍNICA

SEXO*

☐ femenino☐ masculino

EN CASO DE FACTURAR AL PACIENTE:

NIF

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

POBLACIÓN

PAÍS

MUESTRA*

☐ SANGRE PERIFÉRICA☐ MEDULA ÓSEA☐ OTROLUGAR DE LA TOMA
DE MUESTRAFECHA Y HORA DE LA TOMA DE MUESTRA
(dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN CLÍNICA

1. SOSPECHA DIAGNÓSTICA

2. EN TRATAMIENTO

☐ NO☐ SÍ

3. EN SEGUIMIENTO

☐ NO☐ SÍ

4. ESTUDIOS ANTERIORES

☐ NO☐ SÍ

ESTUDIO SOLICITADO*

ESTUDIOS DE CITOGENÉTICA (tubo de heparina lito)

- ☐
- Cariotipo (cultivos no estimulados)
-
- ☐
- Estudio de roturas cromosómicas
-
- ☐
- Cariotipo constitucional (cultivos estimulados)

FISH, seleccionar los reordenamientos a estudiar:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> del(5q31)/(5q33) | <input type="checkbox"/> cMYC (8q24) | <input type="checkbox"/> t(8;14) MYC/IGH |
| <input type="checkbox"/> del(6q21) | <input type="checkbox"/> FGFR1 (8p11) | <input type="checkbox"/> t(8;21) RUNX1/RUNX1T1 |
| <input type="checkbox"/> del(7q31)/-7 | <input type="checkbox"/> ATM del(11q22.3) | <input type="checkbox"/> t(9;22) BCR/ABL |
| <input type="checkbox"/> trisomía 8 | <input type="checkbox"/> KMT2A (11q23) | <input type="checkbox"/> t(11;14) IGH/CCND1 |
| <input type="checkbox"/> trisomía 12 | <input type="checkbox"/> IGH (14q32) | <input type="checkbox"/> t(11;18) API2/MALT1 |
| <input type="checkbox"/> del(13q14.3) | <input type="checkbox"/> p53 del(17p13.1) | <input type="checkbox"/> t(12;21) ETV6/RUNX1 |
| <input type="checkbox"/> del(13q34) | <input type="checkbox"/> RARA (17q21.2) | <input type="checkbox"/> t(14;16) IGH/MAF |
| <input type="checkbox"/> del(20q12) | <input type="checkbox"/> BCL2 (18q21) | <input type="checkbox"/> t(14;18) IGH/BCL2 |
| <input type="checkbox"/> CKS1B/CDKN2C (12q21.3/p32.3) | <input type="checkbox"/> MALT1 (18q21) | <input type="checkbox"/> t(14;18) IGH/MALT1 |
| <input type="checkbox"/> BCL6 (3q27) | <input type="checkbox"/> ALK del(2p23);t(2;5) | <input type="checkbox"/> t(15;17) PML/RARA |
| <input type="checkbox"/> EGFR del(5q31) | <input type="checkbox"/> RPN1/MECOM (inv/t(3)) | <input type="checkbox"/> inv(16);t(16;16) |
| <input type="checkbox"/> PDGFRB (5q32) | <input type="checkbox"/> t(4;14) IGH/FGFR3 | <input type="checkbox"/> t(17;22) COL1A1/PDGFRB |

Paneles FISH, seleccionar el panel a estudiar:

- ☐
- OncoFISH para LLC – 4 sondas: 13q-, 11q-, 17p-, +12
-
- ☐
- OncoFISH para LLC – 5 sondas: 13q-, 11q-, 17p-, +12, IGH
-
- ☐
- OncoFISH para LMA – 7 sondas: t(15;17), inv(16), t(8;21), 11q-, 5q-, 7q-, BCL6
-
- ☐
- OncoFISH para MM – 4 sondas: 13q-, 17p-, t(4;14), t(11;14)
-
- ☐
- OncoFISH para SMD – 3 sondas: 5q-, 7q-, 20q-
-
- ☐
- OncoFISH para SMD – 4 sondas: 5q-, 7q-, 20q-, cen8
-
- ☐
- FISH LNH de grandes células B – t(14;18) e t(11;14)
-
- ☐
- FISH LNH difuso de grandes células – t(14;18), t(8;14) e BCL6
-
- ☐
- FISH LNH MALT – t(14;18) e t(11;18)

Para otros análisis y requisitos de muestra consulte www.cgccgenetics.com

ESTUDIOS DE GENÉTICA MOLECULAR

Estudios Cualitativos

2 a 5 ml de SP/MO en PAXgene

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AML-ETO; t(8;21) | <input type="checkbox"/> FLT3 (ITDs y Mut. puntuales) |
| <input type="checkbox"/> BCL1-IGH; t(11;14) | <input type="checkbox"/> JAK2 (exón 12) |
| <input type="checkbox"/> BCL2-IGH; t(14;18) | <input type="checkbox"/> JAK2 (mutación V617F) |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL; t(9;22) | <input type="checkbox"/> MLL-AF4; t(4;11) |
| <input type="checkbox"/> CALR (éxon 9) | <input type="checkbox"/> MPL (mutaciones W515L/K) |
| <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11; t(inv(16)) | <input type="checkbox"/> NPM1 |
| <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> PML-RARα; t(15;17) |
| <input type="checkbox"/> E2A-PBX1; t(1;19) | <input type="checkbox"/> TEL-AML1; t(12;21) |
| <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRα; del(4)(q12) | |

Estudios Cuantitativos

10 ml de SP en PAXgene

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL (p210) | <input type="checkbox"/> PML-RARα |
| <input type="checkbox"/> TEL-AML1 | <input type="checkbox"/> AML1/ETO |
| <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11 | |

Estudios Clonales

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IGH | <input type="checkbox"/> TCRB |
| <input type="checkbox"/> IGK | <input type="checkbox"/> TCRD |
| | <input type="checkbox"/> TCRG |

Otros estudios Hemato-Oncología

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Secuenciación BCR-ABL (resistencia a Imatinib) | <input type="checkbox"/> Secuenciación c-KIT |
| <input type="checkbox"/> BRAF (mutación V600) | <input type="checkbox"/> Quimerismo tras TMO |
| | Necesita toma de muestra de células bucales y SP |

Confirmando que (i) el paciente (o representante legal) consiente la realización del test y obtuvo el consentimiento informado del mismo, (ii) el consentimiento informado del paciente cumple los requisitos obligatorios por ley y que (iii) y que facilito a CGC Genetics toda la información clínica indispensable para la realización del test.

Confirmando que (i) he sido informado(a) sobre los beneficios, riesgos y limitaciones del test a realizar, (ii) hice todas las preguntas que considero pertinentes y entendí las explicaciones. Autorizo la realización del estudio Genético solicitado y la utilización de la muestra para este fin.

☐ Conforme ☐ No conforme

La muestra puede ser utilizada también con fines de investigación científica.

☐ Conforme ☐ No conforme

FIRMA DEL MÉDICO

(obligatorio)

Fecha: ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PACIENTE

(utilizar en el caso de que no exista otro consentimiento informado)

Fecha: ____ / ____ / ____

