

SOLICITUD DE ESTUDO GENÉTICO POSTNATAL

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*

TIPO DE MUESTRA

 SANGRE PERIFÉRICA

 ADN

 OTRO

LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA

 FECHA Y HORA DE LA TOMA DE MUESTRA
(dd/mm/aaaa)

ESTUDIO SOLICITADO*

-
- Cariotipo
-
-
- Array CGH 750 K
-
- Array CGH HD
-
-
- Mutación familiar (adjuntar informe genético del caso índice)

Gen y mutación (o mutaciones)
RefSeq

-
- Secuenciación de gen(es) específico(s)
- especificar*

-
- Panel NGS para
- especificar*

Secuenciación del Exoma - Caso índice

-
- Disease Exome by CGC Genetics
-
- Whole Exome Sequencing (WES)

Secuenciación del Exoma – Trío

-
- Disease Exome by CGC Genetics
-
- Whole Exome Sequencing (WES)

-
- Outro (MLPA/expansões trinucleótidas/FISH) – para outras análises consulte
- www.cgcgene.com

INFORMACIÓN CLÍNICA*

Indicar motivo del estudio genético, descripción del cuadro clínico y antecedentes familiares relevantes. Para los estudios de portadores o asintomáticos, adjuntar copia del informe del caso índice.

continua en la página siguiente

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)

FIRMA DEL PACIENTE

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

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

