

Formulario de solicitud de servicio de Farmacogenética
DATOS DEL PACIENTE

 NOMBRE _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO HOMBRE MUJER
 ORIGEN ÉTNICO Caucásico Asiático Africano Otro _____
 EMAIL _____
 DATOS CLÍNICOS _____

DATOS DE LA MUESTRA

 Sangre en EDTA
 Saliva
 OTROS _____

DATOS DEL FACULTATIVO

 NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 ESPECIALIDAD: _____ CENTRO: _____
 DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____

RECEPCIÓN DEL INFORME DE RESULTADOS
 Vía e-mail en la dirección (En cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos, en el informe constará únicamente el código alfanumérico y no el nombre del paciente):

EMAIL: _____

 En papel (plazo de entrega sujeto a servicio de mensajería)

DIRECCIÓN: _____

ANÁLISIS FARMACOGENÉTICO QUE SE SOLICITA (Pueden marcarse varias opciones)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PharmaTyping Basic (CYP450) | <input type="checkbox"/> PharmaTyping Cardio | <input type="checkbox"/> PharmaTyping Neuro | <input type="checkbox"/> PharmaTyping Onco |
| | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Tamoxifeno |
| | <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Ansiedad e insomnio | <input type="checkbox"/> 5-FU (Capecitabina) |
| | <input type="checkbox"/> Vascular | <input type="checkbox"/> Psicosis | <input type="checkbox"/> Lapatinib |
| | | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Tiopurinas |
| | | | <input type="checkbox"/> Metrotrexato |
| | | | <input type="checkbox"/> Irinotecan |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Cisplatino |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como médico prescriptor, firmo haber proporcionado toda la información correspondiente al análisis prescrito al paciente, y que éste ha consentido someterse a él, firmando el correspondiente consentimiento informado. Asimismo, reconozco que el paciente ha autorizado al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma totalmente anónima.

FECHA: _____ FIRMA: _____

CADENA DE CUSTODIA DE LA MUESTRA
TOMA DE MUESTRA

 FECHA _____ HORA _____
 TOMA REALIZADA POR _____
 ALMACENAMIENTO Temperatura ambiente
 En frigorífico (+4°)
 FIRMA: En congelador (-20°)

 SOLICITO RECIBIR MATERIAL PARA LA TOMA, SOLICITUD Y ENVÍO DE MUESTRAS

ENVÍO DE LA MUESTRA

 TRANSPORTE REALIZADO POR _____
 CONDICIONES DE TRANSPORTE DE LA MUESTRA Tª ambiente En Frio

RECEPCIÓN DE LA MUESTRA

 FECHA _____ HORA _____ RECEPCIONADO POR _____
 DOCUMENTOS ADJUNTOS CONSENTIMIENTO VOLANTE OTROS _____
 OBSERVACIONES _____
 FECHA DEL INFORME _____ FIRMA: _____

CONFIDENCIALIDAD: Los datos personales proporcionados en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado, inscrito en el Registro General de Protección de Datos y cuyo único responsable es GENOLOGICA MÉDICA S.L. Estos datos serán tratados de manera confidencial y bajo secreto profesional, siempre cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y siguiendo las directrices marcadas por la declaración internacional sobre los Datos Genéticos: Humanos de la UNESCO. GENOLOGICA MÉDICA S.L. cumple con los requisitos vigentes en materia de protección de datos de carácter personal, guardando las medidas de seguridad adecuadas, tanto técnicas como organizativas. GENOLOGICA MÉDICA no comunicará ni cederá estos datos a ninguna entidad ni empresa, salvo en aquellos casos estipulados por la Ley. El solicitante puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito a la dirección de GENOLOGICA MÉDICA S.L. Con la firma del presente documento los solicitantes dan consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo expuesto en este párrafo, bajo el epígrafe de Confidencialidad.