

Formulario de solicitud de servicio de Genética preventiva

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 PREVENTIVO QUE SE SOLICITA

(NeoTyping y CardioTyping comprende el conjunto de 5 análisis mostrados en su categoría.)

<input type="checkbox"/> NeoTyping	MAMA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CardioTyping	INFARTO MIOCARDIO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DermaTyping	CARCINOMA BASOCELULAR <input type="checkbox"/>
	PRÓSTATA <input type="checkbox"/>		ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL <input type="checkbox"/>		CARCINOMA ESPINOCELULAR <input type="checkbox"/>
	PULMÓN <input type="checkbox"/>		TROMBOEMBOLISMO VENOSO <input type="checkbox"/>		DERMATITIS ATÓPICA <input type="checkbox"/>
	COLON <input type="checkbox"/>		ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA <input type="checkbox"/>		ICTIOSIS VULGAR <input type="checkbox"/>
	VEJIGA <input type="checkbox"/>		ANEURISMA INTRACRANEAL <input type="checkbox"/>		MELANOMA CUTANEO <input type="checkbox"/>
	TIROIDES <input type="checkbox"/>				ALOPECIA ANDROGÉNICA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vida Saludable					PSORIASIS <input type="checkbox"/>

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 Frío

RECEPCIÓN DE LA MUESTRA

FECHA _____ HORA _____ RECEPCIONADO POR _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS CONSENTIMIENTO VOLANTE OTROS _____

OBSERVACIONES _____

FECHA DEL INFORME _____ FIRMA: _____