



+34 881 60 00 03
 atencionalcliente@healthincode.com
 www.healthincode.com

Solicitud de estudio genético
Panel NGS General de Enfermedades Cardiovasculares

1 Identificación del paciente y datos de la muestra

Identificación del paciente

Nombre y/o código de identificación

- Sangre**
Sangre periférica entre 3 y 5 ml en tubos EDTA
- Saliva**
Uso de kit indicado de saliva
- ADN***
Mínimo 5 µg y concentración >50 ng/µl
*Especificar el origen del ADN:
Sangre, sangre congelada, saliva, tejido fresco, tejido congelado, tejido de parafina, etc. :

Referencia de la muestra

Indique igualmente esta referencia en el tubo de la muestra

2 Estudio genético solicitado

Panel NGS general

- Enfermedades Cardiovasculares** 380 genes

Miocardiopatías, Canalopatías, Cardiopatías Congénitas, Enfermedades Aórticas, Miopatía Esquelética, Hipertensión Pulmonar y Dislipemias

ACTC1	MYH7	ABCG8	BLK	COL5A2	FKRP	HNF1B	LPL	NODAL	RIT1	SPRED1	ZIC3
ACVRL1	MYL2	ACAD9	BMP10	COL7A1	FKTN	HNF4A	LRP6	NOTCH2	RRAS	SURF1	ZMPSTE24
APOB	MYL3	ACADVL	BMPR1A	COQ2	FLNA	HRAS	LZTR1	NOTCH3	RYR1	SYNE1	LDLR
BAG3	NF1	ACTA1	BMPR1B	COX15	FOXC1	IER3IP1	MAP2K1	NPC1L1	SALL4	SYNE2	ANK3*
BMPR2	NKX2-5	ACTA2	BSCL2	COX6B1	FOXD4	INS	MAP2K2	NPHP4	SAR1B	TAB2	CTNNA1*
BRAF	PKP2	ACTN2	CACNA1D	CPT2	FOXF1	INSIG2	MCTP2	NRAS	SCARB1	TBC1D4	DNM1L*
CACNA1C	PLN	ACVR1	CACNA2D1	CREBBP	FOXH1	INSR	MED12	OBSCN	SCN10A	TBX1	FGF12*
CASQ2	PRKAG2	ACVR2B	CACNB2	CRELD1	FOXP1	IRX4	MED13L	PAX4	SCN2B	TBX20	GREM2*
DES	PTPN11	ADAMTS2	CALM1	CRYAB	FOXP3	ISL1	MEF2A	PCDH15	SCN3B	TBX5	IDH2*
DMD	RAF1	ADAMTSL4	CALM2	CSRP3	FOXRED1	JPH2	MFAP5	PCSK9	SCN4B	TCAP	ILK*
DSC2	RBM20	AGK	CALM3	CTNNA3	FXN	KANSL1	MIB1	PDGFRA	SCO2	TDGF1	IRX3*
DSG2	RYR2	AGL	CALR3	CYP2D6	GAA	KCND2	MLYCD	PDHA1	SDHA	TFAP2B	KCNA5*
DSP	SCN1B	AGPAT2	CAPN3	CYP3A4	GATA5	KCND3	MRPL3	PDX1	SGCD	TGFB2	KCNK3*
ELN	SCN5A	AKAP9	CAV1	CYP3A5	GATA6	KCNE5	MRPL44	PHKA1	SHOC2	TGFB3	KLF10*
EMD	SOS1	AKT2	CAV3	DLD	GATAD1	KCNE3	MRPS22	PITX2	SKI	TGFB1	MYLK2*
ENG	SOS2	ALMS1	CBL	DNAJC19	GCK	KCNJ11	MTO1	PLIN1	SLC22A5	TMEM70	NOS1AP*
FBN1	TAZ	AMPD1	CBS	DOLK	GDF1	KCNJ5	MTTP	PLOD1	SLC22A8	TMPO	NOTCH1*
FLNC	TGFBR2	ANGPTL3	CEL	DTNA	GDF2	KCNK17	MURC	PLTP	SLC25A3	TNNI3K	NPPA*
GATA4	TMEM43	ANK2	CETP	EFEMP2	GFM1	KLF11	MYH11	PMM2	SLC25A4	TOPBP1	OBSL1*
GLA	TNNC1	ANKRD1	CFC1	EHMT1	GJA1	KMT2D	MYH6	PNPLA2	SLC25A40	TOR1AIP1	OPA3*
JAG1	TNNI3	ANO5	CH25H	EIF2AK3	GJA5	LAMA2	MYLIP	PPARA	SLC2A10	TRDN	PDLIM3*
JUP	TNNT2	APOA1	CHD7	EIF2AK4	GLB1	LAMA4	MYLK	PPARG	SLC2A2	TRIB1	PERP*
KCNE1	TPM1	APOA5	CHRM2	ELAC2	GLIS3	LCAT	MYOM1	PRDM16	SLC39A13	TRIM63	PKP4*
KCNE2	TTN	APOC2	CHST14	EP300	GNPTAB	LDB3	MYOT	PRKG1	SLCO1B1	TRPM4	PPP1R13L*
KCNH2	TTR	APOC3	CIDEA	EVC	GPD1	LDLRAP1	MYO22	PSEN1	SLMAP	TSFM	PTRF*
KCNJ2	A2ML1	APOE	CITED2	EYA4	GPD1L	LEFTY2	MYPN	PSEN2	SMAD1	TXNRD2	SGCA*
KCNJ8	AARS2	ASPH	COA5	FAH	GPIHBP1	LEP	NEBL	PTF1A	SMAD3	UPF3B	SGCB*
KCNQ1	ABCA1	ATP5E	COA6	FBN2	GUSB	LIAS	NEUROD1	PYGM	SMAD4	VCL	ZFXH3*
KRAS	ABCB1	ATP7A	COL1A1	FHL1	HAND2	LIPA	NEUROG3	RANGRF	SMAD6	WFS1	
LAMP2	ABCC9	ATPAF2	COL1A2	FHL2	HCN4	LIPC	NEXN	RASA1	SMAD9	XK	
LMNA	ABCG1	B3GAT3	COL3A1	FHOD3	HFE	LMF1	NKX2-6	RASA2	SNTA1	ZDHHC9	
MYBPC3	ABCG5	B4GALT7	COL5A1	FKBP14	HNF1A	LPA	NNT	RFX6	SPEG	ZFPM2	

Todos los datos personales facilitados en este formulario, así como los posteriores de diagnóstico, investigación y/o estadísticos serán tratados con estricta confidencialidad y bajo la protección y las especificaciones contenidas en la LOPD, siendo incorporados, en su caso, a los ficheros "CARDIOREGISTER", "HIC MUTACIONES" y "LIMS" debidamente inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos, cuya finalidad es el análisis y diagnóstico de cardiopatías. Usted tiene derecho de acceso al fichero, rectificación y cancelación de sus datos, pudiendo ejercitar tales derechos enviando por escrito una solicitud a la entidad Health in Code, Edificio El Fortín, As Xubias, s/n., 15006 A Coruña, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI.



3 Datos clínicos

** Recomendable adjuntar un informe clínico*

4 Datos del facultativo solicitante

Nombre y apellidos			
Centro médico-hospitalario			
Dirección			Ciudad
Provincia	Código Postal	País	
Teléfono	Email		

**Los resultados se enviarán al email indicado en formato PDF® firmados digitalmente a través de correo electrónico certificado*

Firma del solicitante

	Fecha
--	-------

5 Datos de facturación

Dirigir factura a <small>Indicar departamento o responsable de tramitarla.</small>	NIF	
Dirección	Ciudad	
Provincia	Código Postal	País
Teléfono	Email	

**Si ha realizado pedidos con anterioridad y sus datos de facturación no han cambiado, puede omitir este apartado*

6 Declaración de existencia del consentimiento informado

- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) conoce los datos incluidos en la misma y autoriza la realización de este estudio genético.
- Es posible obtener información inesperada en el proceso de análisis de la muestra, para lo cual el paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) ha decidido conocerla.
- Además, el paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) autoriza a Health in Code S.L. para que guarde la actual muestra biológica para posteriores estudios y/o confirmaciones.
- Asimismo, el paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) autoriza a Health in Code S.L. para que pueda utilizar la actual muestra biológica para finalidades de investigación aprobadas por el comité ético correspondiente, siempre manteniendo el anonimato del paciente.

Firma del facultativo

	Fecha
--	-------

7 Documentación adjunta complementaria

Si se realiza la solicitud desde un centro/hospital español público añadir la hoja de aprobación del estudio genético por parte de la gerencia del centro/hospital.

- Hoja de aprobación del centro / hospital

Todos los datos personales facilitados en este formulario, así como los posteriores de diagnóstico, investigación y/o estadísticos serán tratados con estricta confidencialidad y bajo la protección y las especificaciones contenidas en la LOPD, siendo incorporados, en su caso, a los ficheros "CARDIOREGISTER", "HIC MUTACIONES" y "LIMS" debidamente inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos, cuya finalidad es el análisis y diagnóstico de cardiopatías. Usted tiene derecho de acceso al fichero, rectificación y cancelación de sus datos, pudiendo ejercitar tales derechos enviando por escrito una solicitud a la entidad Health in Code, Edificio El Fortín, As Xubias, s/n., 15006 A Coruña, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI.



8 Requerimientos y envío de la muestra

Las muestras* tienen que venir acompañadas de una copia de este formulario que proporciona la información necesaria del paciente e identifica qué pruebas deben ser realizadas.

*Si lo desea puede solicitar el servicio de recogida de muestras en atencionalcliente@healthincode.com

La obtención de muestras primarias y su transporte al laboratorio son responsabilidad del cliente, si bien se indican a continuación unas recomendaciones para garantizar que las muestras enviadas cumplan con los requisitos de cantidad y calidad para el correcto desempeño del proceso analítico.

· ¿Cómo se debe recoger la muestra?

ADN genómico

Cantidad mínima para NGS > 5-10 µg (A260/280 = 1.8-1.9). Cantidad de ADN para secuenciación por Sanger > 1 µg (A260/280 = 1.8-1.9). Recomendable envío refrigerado (4-8°C).

Saliva

Uso del kit indicado para su recogida. Envío a temperatura ambiente. Solicítelo en atencionalcliente@healthincode.com.

Sangre periférica

Sangre periférica entre 3 y 5 ml en tubos EDTA. Recomendable envío refrigerado (4-8°C). Envío a temperatura ambiente cuando la recepción de la muestra está prevista en 24/48h.

Otro tipo de muestra

Si desea enviar otro tipo de muestra, por favor consúltenos en atencionalcliente@healthincode.com.

· ¿Dónde envío la muestra?

Programa el envío para que la recepción de la muestra se realice de lunes a jueves de **8:00-15:00 horas** evitando períodos festivos y remítala por mensajero a la siguiente dirección:

HEALTH IN CODE S. L.

(Att. Laboratorio)
Edificio El Fortín
As Xubias, s/n
15006 A Coruña, España

Ante cualquier duda o aclaración póngase en contacto con nosotros:

Tel: +34 881 600 003
Fax: +34 981 167 093
Contacto: atencionalcliente@healthincode.com
Consulta clínica: consultaclinica@healthincode.com

· ¿Cómo se debe empaquetar la muestra?

Sustancias infecciosas

Envasado triple

Empaquete la muestra de acuerdo con el sistema de embalaje/ envasado triple siguiendo los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA) detallados en el área de descarga de documentos de nuestra web www.healthincode.com.

Recipiente primario: en contacto directo con la muestra.

Recipiente secundario: sujeto con material amortiguador. Estanco.

Recipiente exterior: dimensión mínima 100x100mm. Rígido.



No dispongo de envasado triple

Si no dispone del embalaje adecuado consulte con nuestro equipo a través de atencionalcliente@healthincode.com o en el teléfono +34 881 600 003.

Sustancias no infecciosas (Saliva)

Para sustancias no infecciosas no es necesario el embalaje triple. Debe llevar en el exterior la identificación "MUESTRA HUMANA EXENTA".

· Documentación adjunta complementaria

Si se realiza la solicitud desde un centro/hospital español público añadir la hoja de aprobación del estudio genético por parte de la gerencia del centro/hospital.

health *in* code

Tel.: +34 881 60 00 03 · Fax: +34 981 16 70 93

www.healthincode.com