



Solicitud de estudio genético
Panel NGS General de Miocardiopatías

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

- Miocardiopatías** 173 genes
 Miocardiopatía (Hipertrófica, Dilatada, No Compactada, Restrictiva, Arritmogénica, RASopatías) y Cardiopatías Congénitas

ACTC1	MYL2	A2ML1	ATPAF2	DLD	GAA	LDB3	MYOZ2	RAF1	SPEG	XK	OPA3*
BAG3	MYL3	AARS2	BRAF	DNAJC19	GATA4	LIAS	MYPN	RASA2	SPRED1	CASQ2*	PDLIM3*
DES	PKP2	ABCC9	BSCL2	DOLK	GATA6	LZTR1	NEBL	RIT1	SURF1	CTNNB1*	PERP*
DMD	PLN	ACAD9	CALR3	DTNA	GATAD1	MAP2K1	NEXN	RRAS	SYNE1	DNM1L*	PKP4*
DSC2	PRKAG2	ACADVL	CAV3	ELAC2	GFM1	MAP2K2	NF1	RYR2	SYNE2	GATA5*	PPP1R13L*
DSG2	PTPN11	ACTA1	CHRM2	EYA4	GLB1	MIB1	NKX2-5	SCN5A	TBX20	IDH2*	SGCA*
DSP	RBM20	ACTN2	COA5	FAH	GNPTAB	MLYCD	NNT	SCO2	TCAP	ILK*	SGCB*
EMD	TAZ	AGK	COA6	FHL1	GUSB	MRPL3	NRAS	SDHA	TGFB3	KCNH2*	TNNI3K*
FLNC	TMEM43	AGL	COL7A1	FHL2	HCN4	MRPL44	OBSCN	SGCD	TMEM70	KCNJ2*	
GLA	TNNC1	AGPAT2	COQ2	FHOD3	HFE	MRPS22	PDHA1	SHOC2	TMPO	KCNJ8*	
JUP	TNNI3	ALMS1	COX15	FKRP	HRAS	MTO1	PHKA1	SLC22A5	TOR1AIP1	KCNQ1*	
LAMP2	TNNT2	ANK2	COX6B1	FKTN	JPH2	MURC	PMM2	SLC25A3	TRIM63	KLF10*	
LMNA	TPM1	ANKRD1	CRYAB	FOXD4	KRAS	MYH6	PRDM16	SLC25A4	TSFM	MYLK2*	
MYBPC3	TTN	ANO5	CSR3	FOXRED1	LAMA2	MYOM1	PSEN1	SOS1	TXNRD2	NOTCH1*	
MYH7	TTR	ATP5E	CTNNA3	FXN	LAMA4	MYOT	PSEN2	SOS2	VCL	OBSL1*	

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



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?

Programe 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.

healthincode

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

www.healthincode.com