



Solicitud de estudio genético Panel NGS General de Arritmias Cardíacas

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

- Arritmias Cardíacas** 218 genes

Síndrome de QT largo y corto, Brugada, Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica, Sistema de Conducción y Miocardiopatía (Hipertrofica, Dilatada, Arritmogénica)

ACTC1	KCNQ1	SOS2	AKAP9	COA6	FKTN	KCND2	MTO1	PSEN1	SPEG	XK	OPA3*
BAG3	KRAS	TAZ	ALMS1	COL7A1	FOXD4	KCND3	MURC	PSEN2	SPRED1	ANK3*	PDLIM3*
BRAF	LAMP2	TMEM43	ANK2	COQ2	FOXRED1	KCNE5	MYH6	RANGRF	SURF1	CTNNB1*	PERP*
CACNA1C	LMNA	TNNC1	ANKRD1	COX15	FXN	KCNE3	MYOM1	RASA2	SYNE1	DNM1L*	PKP4*
CASQ2	MYBPC3	TNNI3	ANO5	COX6B1	GAA	KCNJ5	MYOT	RIT1	SYNE2	FGF12*	PPP1R13L*
DES	MYH7	TNNT2	ATP5E	CRYAB	GATA4	KCNK17	MYOZ2	RRAS	TBX20	GATA5*	PTRF*
DMD	MYL2	TPM1	ATPAF2	CSRP3	GATA6	LAMA2	MYPN	SCN10A	TBX5	GREM2*	SGCA*
DSC2	MYL3	TTN	BSCL2	CTNNA3	GATAD1	LAMA4	NEBL	SCN2B	TCAP	IDH2*	SGCB*
DSG2	NF1	TTR	CACNA1D	DLD	GFM1	LDB3	NEXN	SCN3B	TGFB3	ILK*	ZFHX3*
DSP	PKP2	A2ML1	CACNA2D1	DNAJC19	GJA1	LDLR	NKX2-5	SCN4B	TMEM70	IRX3*	
EMD	PLN	AARS2	CACNB2	DOLK	GJA5	LIAS	NKX2-6	SCO2	TMPO	KCNA5*	
FLNC	PRKAG2	ABCC9	CALM1	DTNA	GLB1	LZTR1	NNT	SDHA	TNNI3K	KCNK3*	
GLA	PTPN11	ACAD9	CALM2	ELAC2	GNPTAB	MAP2K1	NRAS	SGCD	TOR1AIP1	KLF10*	
JUP	RAF1	ACADVL	CALM3	EYA4	GPD1L	MAP2K2	OBSCN	SHOC2	TRDN	MYH11*	
KCNE1	RBM20	ACTA1	CALR3	FAH	GUSB	MIB1	PDHA1	SLC22A5	TRIM63	MYLK2*	
KCNE2	RYR2	ACTN2	CAPN3	FHL1	HCN4	MLYCD	PHKA1	SLC25A3	TRPM4	NOS1AP*	
KCNH2	SCN1B	AGK	CAV3	FHL2	HFE	MRPL3	PITX2	SLC25A4	TSFM	NOTCH1*	
KCNJ2	SCN5A	AGL	CHRM2	FHOD3	HRAS	MRPL44	PMM2	SLMAP	TXNRD2	NPPA*	
KCNJ8	SOS1	AGPAT2	COA5	FKRP	JPH2	MRPS22	PRDM16	SNTA1	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