



Solicitud de estudio genético

Panel NGS General de Arritmia Ventricular y Muerte Súbita sin Cardiopatía Estructural

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

- Arritmia Ventricular y Muerte Súbita sin Cardiopatía Estructural** 77 genes
Miocardiopatías, Síndrome de QT largo y corto, Síndrome de Brugada y Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica

CACNA1C	JUP	LMNA	TMEM43	ANK2	CAV3	GPD1L	KCNJ5	SCN2B	TRDN	MYH6*
CASQ2	KCNE1	PKP2	TNNC1	CACNA1D	EMD	HCN4	KCNK17	SCN3B	TRPM4	MYH7*
DES	KCNE2	PLN	TNNI3	CACNA2D1	FGF12	HFE	LAMP2	SCN4B	TTR	NOS1AP*
DSC2	KCNH2	PRKAG2	TNNT2	CACNB2	FHL2	KCND2	MURC	SLMAP	ANK3*	NPPA*
DSG2	KCNJ2	RYR2	ABCC9	CALM1	GAA	KCND3	NKX2-5	SNTA1	IRX3*	PTRF*
DSP	KCNJ8	SCN1B	ACTC1	CALM2	GJA5	KCNE5	RANGRF	TBX5	KCNA5*	SYNE1*
FLNC	KCNQ1	SCN5A	AKAP9	CALM3	GLA	KCNE3	SCN10A	TNNI3K	LDB3*	SYNE2*

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	
<input type="text"/>			

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	
<input type="text"/>			

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, España, 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?

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