



Solicitud de estudio genético Paneles NGS de Miocardiopatía Arritmogénica

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 de Miocardiopatía Arritmogénica 21 genes
Displasia Arritmogénica de VD
DSC2, DSG2, DSP, FLNC, JUP, PKP2, PLN, TMEM43, CTNNA3, DES, LMNA, RYR2, TGFB3, TTN, CASQ2, CTNNB1*, LDB3*, PERP*, PKP4*, PPP1R13L*, SCN5A**

Paneles NGS que incluyen Miocardiopatía Arritmogénica

Arritmias Cardíacas 218 genes

Miocardiopatías 173 genes

Enfermedades Cardiovasculares 380 genes

3 Datos clínicos

**Recomendable incluir 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	
<div style="border: 1px dashed black; height: 40px; width: 100%;"></div>			

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	
<div style="border: 1px dashed black; height: 40px; width: 100%;"></div>			

7 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*

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:

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