



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

Solicitud de estudio genético

Paneles NGS de Dislipemias / Aterosclerosis Precoz

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 General de Dislipemias y Aterosclerosis Precoz 84 genes

ABCA1	AKT2	APOC2	CEL	CYP2D6	GCK	HNF4A	KLF11	LIPC	MEF2A	PAX4	PNPLA2	RFX6
ABCB1	AMPD1	APOC3	CETP	CYP3A4	GLIS3	IER3IP1	LCAT	LMF1	MTTP	PCDH15	PPARA	RYR1
ABCG1	ANGPTL3	APOE	CH25H	CYP3A5	GPD1	INS	LDLR	LMNA	MYLIP	PCSK9	PPARG	SAR1B
ABCG5	APOA1	BLK	CIDEC	EIF2AK3	GPIHBP1	INSIG2	LDLRAP1	LPA	NEUROD1	PDX1	PTF1A	SCARB1
ABCG8	APOA5	BSCL2	COQ2	FOXP3	HNF1A	INSR	LEP	LPL	NEUROG3	PLIN1	PTRF	
AGPAT2	APOB	CAV1	CPT2	GATA6	HNF1B	KCNJ11	LIPA	LRP6	NPC1L1	PLTP	PYGM	

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
<input type="text"/>		<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"/>	<input type="text"/>

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