



Los campos señalados con (*) son necesarios para la realización del estudio genético.

→ SOLICITANTE *

NOMBRE	APELLIDOS
HOSPITAL / CLÍNICA / CENTRO	
TELÉFONO	EMAIL DE CONTACTO

→ ANÁLISIS SOLICITADO * (SELECCIONE LA MODALIDAD DE ANÁLISIS ENTRE LAS DIFERENTES OPCIONES)**GENOMA LONG-READ**

GENOMA CLÍNICO 30X / Ref.: S-202414941
Wetlab WGS + Secuenciación + Informe con orientación clínica-diagnóstica

Individual Dúo Trío

Describir indicación clínica, fenotipo, HPOs, etc. en el [apartado específico](#)¹.

En caso de solicitar el análisis de un lote de muestras, **debe completar un formulario de solicitud por cada individuo.**

Entregables (indique los servicios añadidos que desea):

Informe de resultados

Por favor, complete los siguientes datos del receptor del informe *:

EMAIL

NOMBRE

APELLIDOS

¹ El análisis e interpretación se realiza orientado a la indicación clínica facilitada en el apartado específico.

SECUENCIACIÓN GENOMA COMPLETO 30X / Ref.: S-202414942
WetLab WGS + Secuenciación + Bioinformática

Número de muestras *

IMPORTANTE: Si necesita secuenciar más de una muestra, debe acceder al siguiente enlace para facilitar la información necesaria sobre las mismas: healthincode.com/pacbio/registro-lote

Entregables (indique los servicios añadidos que desea):

Ficheros de secuenciación

Por favor, complete los siguientes datos del receptor de los archivos *:

EMAIL

NOMBRE

APELLIDOS

Acceso a software de análisis (incluye Raw Data)

Ya dispongo de un usuario de acceso.

En caso contrario, complete los datos a continuación:

EMAIL

INSTITUCIÓN

SERVICIO DE SECUENCIACIÓN LONG-READ

SECUENCIACIÓN LONG-READ (SMRTCELL®) / Ref.: S-202414981
Secuenciación-Raw Data

Número de muestras *

IMPORTANTE: Si necesita secuenciar más de una muestra, debe acceder al siguiente enlace para facilitar la información necesaria sobre las mismas: healthincode.com/pacbio/registro-lote

Describa las características del proyecto (panel de genes utilizado, tecnología empleada en la preparación de librerías, etc.):*

Nos pondremos en contacto con usted para solicitarle más información acerca del proyecto si fuese necesaria. Si tiene cualquier duda contacte con atencionalcliente@healthincode.com

Por favor, indique el correo electrónico donde desea recibir los ficheros de secuenciación *:

Requiere acceso a software de análisis (incluye Raw Data) *: Sí No

Ya dispongo de un usuario de acceso. En caso contrario, complete los datos a continuación:

EMAIL

INSTITUCIÓN

→ TIPO DE ESTUDIO ***ESTUDIO INDIVIDUAL**

Completar el apartado de [datos del paciente](#) y aportar la [indicación clínica](#) (si aplica).

LOTE DE ESTUDIOS

Si desea analizar varias muestras en lote, recuerde acceder al siguiente enlace para facilitar los datos necesarios: healthincode.com/pacbio/registro-lote

(obligatorio) Indique el código de identificación facilitado al finalizar el registro.



→ DATOS DEL PACIENTE (ESTUDIO INDIVIDUAL)

Complete este apartado únicamente si el estudio solicitado es para un individuo. En caso de solicitar el análisis de un lote de muestras, siga las instrucciones del siguiente enlace para proporcionar la información requerida de cada muestra: healthincode.com/pacbio/registro-lote

Imprescindible indicación clínica detallada e historia familiar. En caso de estudios familiares, utilizar un formulario de solicitud y consentimiento informado por cada individuo.

NOMBRE COMPLETO / REFERENCIA *

SEXO AL NACER *

FECHA DE NACIMIENTO *

NHC *

AFECTO: SÍ NO CONSANGUINIDAD: SÍ NO

TIPO DE MUESTRA *: ADN SANGRE Consultar [requisitos de la muestra](#).

FECHA DE TOMA DE MUESTRA (si el tiempo es >24h y la muestra no está refrigerada): _____

TRANSFUSIÓN DE SANGRE MENOR 60 DÍAS: SÍ NO TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: SÍ NO

En estudios genómicos, el paciente o representante legal ha consentido recibir resultados de **hallazgos secundarios**** (ACMG)² y/o **hallazgos incidentales**.

** Informar de estos hallazgos secundarios conlleva la activación de un servicio con coste añadido. Consulte con nosotros para más información.

² Miller et al. Genet Med. 2022 24(7):1407-1414

→ INDICACIÓN CLÍNICA E HISTORIA FAMILIAR (SI APLICA)

Adjuntar la indicación del estudio y toda la información clínica que se considere relevante. La información parcial o su ausencia puede comprometer una correcta interpretación de los resultados en el contexto clínico.

Información clínica adjunta a este formulario.

DECLARACION FACULTATIVO SOLICITANTE *

(1) Certifico que la información aportada en esta solicitud es correcta según mi conocimiento y que he solicitado el estudio genético indicado en base a mi criterio profesional y a la historia clínica y familiar del paciente. (2) He explicado las limitaciones de este estudio y he respondido cualquier pregunta con criterio médico. En el caso de no proporcionar firmado por el paciente o representante legal el consentimiento informado, (3) certifico que una copia del mismo se encuentra custodiada en la historia clínica de mi centro sanitario. Entiendo que Health in Code, S.L. puede requerir información clínica y familiar adicional para una correcta interpretación de los datos obtenidos en el contexto clínico indicado y acepto proporcionar esta información si es necesario.

FECHA

FIRMA / imprima y firme a mano o adjunte una imagen de su firma.

(o) FIRMA DIGITAL