

Datos del estudio solicitado

Nombre o Código de la prueba:*

Análisis solicitado:*

DG Exome[®]

DG Clinical Exome[®]

Panel NGS

Mutación puntual

MLPA

Tipo de análisis:¹*

Índice

Dúo

Trío

Otro

(Indicar)

Observaciones:

(Indicar genes y/o variante a analizar para los tipos de análisis MLPA y Mutación puntual)

¹ En estudios Dúo y Trío cumplimentar los campos del bloque **Datos del paciente** en una hoja de petición separada para cada progenitor.

Datos del facultativo solicitante

Nombre y apellidos:*

Centro:* Departamento:*

Dirección: Código Postal:

Ciudad: Provincia: País:

Teléfono:* Email:*

Datos del paciente (Identificar obligatoriamente con ID y/o Nombre y Apellidos)

ID:* Fecha de nacimiento:*

Apellidos:* Nombre:*

Sexo:* Etnia:*

Sospecha diagnóstica:*

Indicación de la prueba:

*Los campos marcados con un asterisco son obligatorios.

Los datos de carácter personal serán tratados con la finalidad de Investigación Biomédica relacionada para el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. La base legal del tratamiento de los datos personales es el consentimiento. Sus datos serán conservados hasta que hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad por los que fueron recabados o hasta que el usuario manifieste el ejercicio de sus derechos en materia de protección de datos. Se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición a su tratamiento enviando una solicitud a Calle Finlandia, 2, Piso 1º de la localidad de Oviedo (33010 – Asturias), o a través de info@dreamgenics.com indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS" y acompañando fotocopia de DNI o documento acreditativo. El usuario tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de que lo considere oportuno.

Información clínica relevante*

(Para el correcto análisis de resultados, indique el diagnóstico de sospecha, motivo de consulta y cualquier otra información clínica que considere relevante sobre el paciente).

Historia familiar*

(Indique la existencia de consanguineidad, hermanos afectados, pruebas previas con resultados anómalos y cualquier otra información que considere relevante respecto al historial familiar).

**Los campos marcados con un asterisco son obligatorios*

Datos sobre la muestra

ID Muestra:

Fecha Extracción:*

Tipo Muestra:*

Sangre EDTA (5 ml)

ADN aislado (≥ 30 ng/ μ L en ≥ 100 μ L)

Exudado bucal (2 torundas)



Requerimientos de envío

(Por favor, compruebe detenidamente que envía todo el material necesario).

Solicitud de estudio genético*

Consentimiento informado*

Muestra*

¹La muestra debe ir siempre acompañada de este formulario de solicitud y el correspondiente consentimiento informado. Este último documento puede descargarse en la página web www.dreamgenics.com. Solamente en el caso de que el consentimiento informado no acompañe a la muestra, marcar la siguiente casilla:

Declaro que el paciente ha sido informado sobre la indicación, finalidad, características, alcance y limitaciones del estudio solicitado. El consentimiento informado asociado a esta prueba ha sido firmado por el paciente, quedando bajo la custodia del centro hospitalario o facultativo responsable de la petición.

*Los campos marcados con un asterisco son obligatorios.

IMPORTANTE: Programe el envío para que llegue a las instalaciones de Dreamgenics de Lunes a Jueves de 8:00 a 17:00 horas a la siguiente dirección:

DREAMGENICS S.L.
C/ Finlandia, 2 1º - 33010 Oviedo (Asturias)

Si lo desea, puede realizar el envío sin cargo a través de MRW llamando al teléfono 985 088888 y solicitando una recogida con destino Dreamgenics.

.....
dd/mm/aaaa

Lugar y fecha

.....
Firma del facultativo petionario

Dreamgenics, S.L. advierte que no se hace responsable ni del envío de las muestras ni del deterioro que puedan sufrir debido al transporte, su conservación o por los retrasos en la entrega. Asimismo, Dreamgenics, S.L. no se hace responsable de cualquier incidencia ocurrida durante el transporte desde las instalaciones del cliente hasta las instalaciones de Dreamgenics, S.L., o al envío de las mismas en condiciones no adecuadas. El cliente será el responsable único de asegurar que el embalaje utilizado para su envío cumple las instrucciones de Embalaje P650 aplicable al número ONU 3373 y que está prescrita para el transporte de Sustancias Infecciosas de Categoría B. Igualmente, el uso del servicio de mensajería ofrecido por Dreamgenics, S.L. no hace responsable en modo alguno a este último de las condiciones del envío de las muestras ni de ninguna incidencia que pueda tener lugar durante el transporte.