

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Datos del Peticionario

| | | |
|--------------------|---------------|--------------------|
| Centro Solicitante | | Fecha |
| Nombre y Apellidos | | Correo Electrónico |
| Dirección | | |
| Provincia | Código Postal | Teléfono |

Datos Clínicos del Paciente

| | | |
|---|------|---------------------|
| Nombre y Apellidos | Sexo | Edad |
| Etnia del Paciente | | |
| <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |
| INDICACION CLINICA.- Imprescindible para el correcto procesamiento de la muestra y análisis de resultados. En aquellos casos en los que NO se adjunta la historia clínica del paciente, indique el diagnóstico de sospecha, motivo de consulta, información clínica relevante. Incluir antecedentes personales y familiares asociados al paciente. | | |
| Tipo de Muestra | | Fecha de extracción |

La muestra debe ir siempre acompañada de este formulario de solicitud y el correspondiente consentimiento informado. Este último documento puede descargarse en www.nimgenetics.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.

Firma del facultativo responsable

Protección de datos y confidencialidad

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a NIMGenetics, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección: NIMGENETICS, S.L., Genómica y Medicina, Avda. Isla Graciosa 3, San Sebastián de los Reyes, 28703, Madrid.

NIMGenetics es un Centro de Diagnóstico Genético autorizado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, inscrito en el registro correspondiente con el N° CS10673

Datos Personales del Paciente

| | | |
|--------------------|------|------|
| Nombre y Apellidos | Sexo | Edad |
|--------------------|------|------|

ARRAYS CGH

KaryoNIM® Postnatal 60K (CGH1001)

KaryoNIM® Postnatal 180K (CGH1003)

KaryoNIM® 180K Autismo (CGH1005)

KaryoNIM® 400K (CGH1007)

SECUENCIACIÓN EXÓNICA

ExoNIM® Dirigido (Referencia*): _____
Enfermedad y/o genes: _____

Ampliaciones ExoNIM® (Referencia*): _____
Identificador de estudio previo: _____
Enfermedad y/o genes: _____

ExoNIM® Combinación de paneles (Referencia*): _____
Enfermedad y/o genes: _____

ExoNIM® Clínico (EXN2003)

ExoNIM® Trío (EXN3001)

ExoNIM® Personalizado (Referencia o adjuntar listado de genes): _____

PANELES NGS Y GENES ÚNICOS

ExoNIM® Focus:
Enfermedad y/o genes: _____

OTROS

MLPA (Especificar/referencia*) _____ ADN Mitocondrial (Especificar/referencia*) _____

Expansiones de tripletes (Especificar/referencia*) _____

ExoNIM Optical Mapping® (Especificar/referencia*) _____

ESTUDIO DE PORTADORES (SANGER)

- Grado de parentesco respecto al caso de referencia:

- Caso de referencia estudiado previamente en NIMGenetics:

NO → NECESARIO ADJUNTAR COPIA DEL INFORME previo que contenga información de las variantes a analizar (gen #NM, cambio nucleótico/proteína)

Sí → Identificador de caso referencia _____ :

Variante 1: _____ Gen _____ Cambio nucleótico/proteína _____

Variante 2: _____ Gen _____ Cambio nucleótico/proteína _____

Variante 3: _____ Gen _____ Cambio nucleótico/proteína _____

 (*) Consulta nuestra amplia cartera para el diagnóstico postnatal en www.nimgenetics.com