

**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 _____		
<b>IMPORTANTE</b> <b>Para el correcto procesamiento de la muestra y análisis de resultados, indique el diagnóstico de sospecha, motivo de consulta, información clínica relevante y antecedentes personales y familiares asociados al paciente en el campo destinado a tal efecto en la página 3 de este formulario.</b>		
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](http://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

**Datos de Facturación y Forma de Pago**

Entidad	
Dirección	
Persona Autorizada	NIF / CIF
Teléfono	Correo Electrónico
Firma Autorizada	

**Datos de Contacto**

NIMGenetics  
 Avda. Isla Graciosa 3  
 San Sebastian de los Reyes  
 28073 Madrid  
 Tel. 910378354  
[info@nimgenetics.com](mailto:info@nimgenetics.com)

**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® Plus Epilepsia (EXN5001)

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\*) \_\_\_\_\_

**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 nucleótido/proteína)

Sí → Identificador de caso referencia \_\_\_\_\_ :

Variante 1: \_\_\_\_\_ Gen \_\_\_\_\_ Cambio nucleótido/proteína \_\_\_\_\_

Variante 2: \_\_\_\_\_ Gen \_\_\_\_\_ Cambio nucleótido/proteína \_\_\_\_\_

Variante 3: \_\_\_\_\_ Gen \_\_\_\_\_ Cambio nucleótido/proteína \_\_\_\_\_

 (\*) Consulta nuestra amplia cartera para el diagnóstico postnatal en [www.nimgenetics.com](http://www.nimgenetics.com)

**Datos Personales del Paciente**

Nombre y Apellidos	Sexo	Edad
Diagnóstico _____		
Motivo de la consulta / Resumen de Hª Clínica / Antecedentes		

**Características clínicas (1)**

<b>Malformaciones - Cerebral/Imágenes anormales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anormalidades de ganglios basales</li> <li><input type="checkbox"/> Agenesia del cuerpo calloso</li> <li><input type="checkbox"/> Displasia cortical</li> <li><input type="checkbox"/> Hemimegalencefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Heterotopía</li> <li><input type="checkbox"/> Holoprosencefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Hidrocefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Lisencefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Macrocefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Microcefalia</li> <li><input type="checkbox"/> Leucomalacia periventricular</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>	<b>Historia Perinatal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Higroma Quístico</li> <li><input type="checkbox"/> Hidropesía fetal de origen no inmunológico (HFNI)</li> <li><input type="checkbox"/> Oligohidramnios</li> <li><input type="checkbox"/> Prematuro</li> <li><input type="checkbox"/> Polihidramnios</li> <li><input type="checkbox"/> Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)</li> <li><input type="checkbox"/> Translucencia nucal aumentada</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>
<b>Malformaciones - Esqueléticas u otras</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anormalidades vertebrales</li> <li><input type="checkbox"/> Anomalías de miembros</li> <li><input type="checkbox"/> Contracturas</li> <li><input type="checkbox"/> Craniosinostosis</li> <li><input type="checkbox"/> Características dismórficas</li> <li><input type="checkbox"/> Escoliosis</li> <li><input type="checkbox"/> Fracturas</li> <li><input type="checkbox"/> Labio leporino/fisura palatina</li> <li><input type="checkbox"/> Pie equinovaro (pie zambo)</li> <li><input type="checkbox"/> Polidactilia</li> <li><input type="checkbox"/> Sindactilia</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>	<b>Neurodesarrollo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Déficit intelectual Severidad _____</li> <li><input type="checkbox"/> Encefalopatía</li> <li><input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo</li> <li><input type="checkbox"/> Retraso del lenguaje</li> <li><input type="checkbox"/> Regresión del desarrollo</li> <li><input type="checkbox"/> Retraso motor</li> <li><input type="checkbox"/> TDAH</li> <li><input type="checkbox"/> Trastornos del espectro autista</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>
<b>Crecimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estatura baja</li> <li><input type="checkbox"/> Retraso del crecimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Sobrecrecimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>	<b>Metabólico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acidosis láctica</li> <li><input type="checkbox"/> Aciduria orgánica</li> <li><input type="checkbox"/> Alanina elevada</li> <li><input type="checkbox"/> Anormalidades del CPK</li> <li><input type="checkbox"/> Cetosis</li> <li><input type="checkbox"/> Carnitina en plasma disminuida</li> <li><input type="checkbox"/> Piruvato elevado</li> <li><input type="checkbox"/> Otros _____</li> </ul>

**Datos Personales del Paciente**

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

**Características clínicas (2)**

<p><b>Oftalmología</b></p> <input type="checkbox"/> Anormalidad del movimiento ocular <input type="checkbox"/> Atrofia óptica <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Coloboma <input type="checkbox"/> Oftalmoplejia externa progresiva crónica <input type="checkbox"/> Oftalmoplejia <input type="checkbox"/> Ptosis <input type="checkbox"/> Retinosis Pigmentaria <input type="checkbox"/> Nistagmus <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Visión alterada <input type="checkbox"/> Otros _____	<p><b>Cardiología</b></p> <input type="checkbox"/> Arritmia/Defecto de la conducción <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía <input type="checkbox"/> CIA <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> Coartación de aorta <input type="checkbox"/> Hipoplasia del corazón izquierdo <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> Malformación del corazón y/o grandes vasos <input type="checkbox"/> Tetralogía de Fallot <input type="checkbox"/> Otros defectos estructurales del corazón Especificar _____ <input type="checkbox"/> Otras anomalías cardíacas Especificar _____	<p><b>Nefrología/Genitourinario</b></p> <input type="checkbox"/> Agenesia o disgenesia renal <input type="checkbox"/> Criptorquidia <input type="checkbox"/> Genitales ambiguos <input type="checkbox"/> Hidronefrosis <input type="checkbox"/> Hipospadias <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Malformación renal Especificar _____ <input type="checkbox"/> Tubulopatía renal <input type="checkbox"/> Quistes renales <input type="checkbox"/> Otros _____
<p><b>Endocrinología</b></p> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (tipo: ___ ) <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo <input type="checkbox"/> Hipoparatiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Paraganglioma <input type="checkbox"/> Feocromocitoma <input type="checkbox"/> Otros _____	<p><b>Gastrointestinal</b></p> <input type="checkbox"/> Diarrea crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hirschsprung <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Estenosis pilórica <input type="checkbox"/> Fallo hepático <input type="checkbox"/> Fístula traqueoesofágica <input type="checkbox"/> Gastrosquisis <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Onfalocele <input type="checkbox"/> Pseudo-obstrucción intestinal crónica <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Retraso de vaciamiento gástrico <input type="checkbox"/> Transaminasas elevadas <input type="checkbox"/> Vómitos recurrentes <input type="checkbox"/> Otros _____	<p><b>Hematología/Inmunología</b></p> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Alteraciones de Coagulación <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Mielofibrosis <input type="checkbox"/> Neutropenia <input type="checkbox"/> Pancitopenia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> Otros _____
<p><b>Neurología</b></p> <input type="checkbox"/> Ataxia <input type="checkbox"/> Corea <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia (tipo: _____ ) <input type="checkbox"/> Encefalopatía <input type="checkbox"/> Espasticidad <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Intolerancia al ejercicio/fatiga <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos Especificar _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	<p><b>Dermatología</b></p> <input type="checkbox"/> Ampollas <input type="checkbox"/> Anormalidades del tejido conectivo <input type="checkbox"/> Anormalidades del pelo <input type="checkbox"/> Anormalidades de las uñas <input type="checkbox"/> Anormalidades de la pigmentación <input type="checkbox"/> Ictiosis <input type="checkbox"/> Tumores de la piel <input type="checkbox"/> Otros _____	<p><b>ORL</b></p> <input type="checkbox"/> Pérdida de audición Especificar _____ <input type="checkbox"/> Malformación anatómica externa del oído <input type="checkbox"/> Otros _____