

SOLICITUD 2021

ETIQUETA

PACIENTE

ETIQUETA

LABORATORIO CENTRAL

Caso:

PACIENTE:

SERVICIO:

CENTRO:

Dr. /Dra.:

TIPO DE MUESTRA: 2 tubos de sangre malva con EDTA (3ml)

PRUEBA SOLICITADA:

FECHA DE RECEPCIÓN:

NHC:

ANÁLISIS GENÉTICO POR PANELES DE GENES (marque la casilla correspondiente):

- Panel de Enfermedad Poliquística Autosómica Dominante tipo I (NGS gen PKD1).*
CÓDIGO: PD1-1g (Precio: 800€)
- Panel de Enfermedad Poliquística Autosómica Dominante tipo II (NGS gen PKD2)*
CÓDIGO: PD2-1g (Precio: 670€)
- Panel de Enfermedad Poliquística Autosómica Dominante tipo III (NGS gen PKD3/GANAb).*
CÓDIGO: PD3-1g (Precio: 670€)
- Panel diagnóstico/pronóstico de Enfermedad Poliquística Autosómica Dominante (NGS genes PKD1, PKD2 y PKD3/GANAb).*
CÓDIGO: PDC3g (Precio: 800€)
- Panel de Enfermedades Quísticas Renales y Hepáticas más Comunes y Nefropatía túbulo-intersticial autosómica dominante (ADTKD) (NGS).*
CÓDIGO: PDC19g (Precio: 900€)
- Panel de Enfermedades Renales Glomerulares (NGS).*
CÓDIGO: Glom103g (Precio: 900€)
- Panel de Enfermedades Renales Tubulares y ADTKD (NGS).*
CÓDIGO: Tub77g (Precio: 900€)
- Panel de Enfermedades del Complemento (NGS).*
CÓDIGO: SHUa15g (Precio: 900€)
- Panel de todas las Enfermedades Renales Hereditarias (NGS).*
CÓDIGO: NGS1 (Precio: 1100€)
- Exoma Completo para búsqueda de nuevos genes o enfermedades complejas (NGS).*
CÓDIGO: NGS2 (Precio: 1500€)
- Exoma Completo para búsqueda de nuevos genes o enfermedades complejas (NGS).*
CÓDIGO: NGS2 (Precio: 1500€)

ANÁLISIS GENÉTICO POR PATOLOGÍAS (marque la casilla correspondiente):

- Panel de Acidosis Tubular Renal (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT1 (Precio: 900€)
- Panel de Anomalías Congénitas del Riñón y del Tracto Urinario (CAKUT) (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT2 (Precio: 1100€)
- Panel de Cáncer Renal (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT3 (Precio: 1100€)
- Panel de Discinesia Ciliar Primaria (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT4 (Precio: 1100€)
- Panel de Esclerosis Tuberosa (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT5 (Precio: 900€)
- Panel de Glomerulopatía C3 (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT6 (Precio: 1100€)
- Panel de Glomerulosclerosis Focal y Segmentaria (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT7 (Precio: 900€)
- Panel de Glucogenosis (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT8 (Precio: 1100€)
- Panel de Hiperplasia Suprarrenal Congénita (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT9 (Precio: 1100€)
- Panel de Hipomagnesemia Familiar (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT10 (Precio: 900€)
- Panel de Nefronoptosis (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT11 (Precio: 1100€)
- Panel de Nefropatía Túbulo-intersticial Autosómica Dominante (ADTKD) y Nefropatía Túbulo-intersticial Autosómica Recesiva (ARTKD) (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT12 (Precio: 1100€)
- Panel de Patologías asociadas a los Genes del Colágeno (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT13 (Precio: 900€)
- Panel de Poliquistosis Hepática Autosómica Dominante (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT14 (Precio: 900€)
- Panel de Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT15 (Precio: 800€)
- Panel de Pseudohipoaldosteronismo (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT16 (Precio: 900€)
- Panel de Raquitismo Hipofosfatémico (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT17 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome de Bardet Biedl (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT18 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome de Bartter/Gitelman (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT19 (Precio: 900€)
- Panel de Síndrome de Jeune (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT20 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome de Joubert (NGS).**
CÓDIGO: NGS_PAT121 (Precio: 1100€)

- Panel de Síndrome de Meckel (NGS).*
CÓDIGO: NGS_PAT22 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome Senior-Loken (NGS).*
CÓDIGO: NGS_PAT23 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome Nefrótico (NGS).*
CÓDIGO: NGS_PAT24 (Precio: 1100€)
- Panel de Síndrome Nail Patella (NGS).*
CÓDIGO: NGS_PAT25 (Precio: 1100€)

ANÁLISIS GENÉTICO POR GENES (NGS/SANGER) (marque la casilla correspondiente):

- Análisis Genético por SANGER*
Indique enfermedad / gen (Precio por gen: 670 €):
- Análisis Genético por NGS*
Indique enfermedad / gen (Precio por gen: 670 €):

OTROS (marque la casilla correspondiente):

- Estudio de portadores*
Indique gen/mutación (Precio por mutaciones puntuales: 150€/mutación):
- Detección de CNVs mediante MLPA (disponibilidad dependiente del gen / región de interés)*
Indique gen / región (Precio por gen: 250 €):
- Cita telemática / presencial consejo genético*
Indique patología, comentarios (Precio por sesión: 250 €):

JUSTIFICACIÓN CLÍNICA DE LA PROPUESTA:

(Si hay más miembros afectados en la familia, incluir árbol genealógico)

FIRMA/SELLO Facultativo Solicitante

FECHA:

VºBº/SELLO DIRECCIÓN MÉDICA/ R.R.E.E.

FECHA:

Asegúrese de que tiene la aprobación de su institución para el pago del servicio y envíelo a través de su laboratorio central con el registro de envío.

Dirección para el envío de muestras:

Laboratorio nº 11 (NefroCHUS) – IDIS
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Edificio de Consultas Planta-2
15706 Santiago de Compostela

Contacto:

nefrochus@gmail.com
Telfs: 981 950 904 / 981 955 458

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS GENÉTICO-HEREDITARIAS CON EL FIN DE ASISTENCIA SANITARIA

El test genético consiste en un examen de ADN/ARN destinado a detectar o descartar la presencia de una enfermedad hereditaria (test diagnóstico) o determinar si una persona es portadora de una mutación asociada a una enfermedad que pueda transmitir a sus hijos (test de portadores) o bien si tiene riesgo de padecer una enfermedad genética en el futuro (test predictivo).

El test genético no siempre es informativo o a veces no se consiguen resultados concluyentes.

Los resultados de un test genético tienen implicaciones familiares y podrían ser necesarios para determinar los riesgos en otros miembros de la familia.

El test genético proporciona información confidencial y por lo tanto necesita su consentimiento.

Consiento en dar una muestra de _____ para:

- Test diagnóstico _____
- Test de portadores _____
- Test predictivo _____
- Otros _____

(Especificar enfermedad. El test no determina patologías)

Acepto que se informe del resultado a otros profesionales de la salud que tengan responsabilidad asistencial sobre mi caso.

(Especifique cualquier excepción: _____)

Acepto que mi ADN sea almacenado para test futuros: SI NO

Autorizo que mis datos genéticos, sin identificación personal, sean introducidos en bases de datos de carácter científico-sanitario: SI NO

Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento si así lo deseo.

Se me ha explicado lo señalado anteriormente y tuve la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas.

Nombre y apellidos

Firma

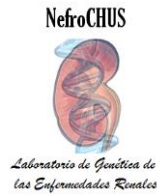
Fecha

*(Padre, madre o representante legal
cuando sea necesario)*

Médico solicitante
Dr. /Dra.

Firma

Fecha



Travesía da Choupana S/N
15.706 Santiago de Compostela
Telf.: 981.951.448
Fax.: 981.950.538
C.I.F.: G15796683

PRESUPUESTO DE SERVICIO
(Necesita ser aprobado por el Centro Solicitante)

SERVICIO:

ENTIDAD SOLICITANTE:

Denominación:
C.I.F. (si aplicable):
Domicilio Social:
Representante:
Persona de contacto:
Teléfono:
Correo electrónico:

RESPONSABLES DEL SERVICIO:

Investigador Principal/Coordinador: Miguel García

DATOS DEL SERVICIO (cumplimentar a la realización del servicio):

Fecha de inicio:
Fecha de fin:
Fecha facturación:
Importe:

En Santiago de Compostela, a ____ de _____ de 2021

Responsable
Centro Solicitante

Coordinador
NEFROCHUS

Representante Fundación
Instituto de Investigación
Sanitaria de Santiago

Fdo: _____

Fdo: Miguel A. García González

Fdo.: _____