

SOLICITUD 2023

ETIQUETA
PACIENTE

ETIQUETA
LABORATORIO CENTRAL

PACIENTE:	NHC:
CENTRO:	SERVICIO:
Dr. /Dra.:	
CORREO ELECTRÓNICO (envío de resultados):	
TIPO DE MUESTRA: 2 tubos de sangre malva con EDTA (3ml) a <u>temperatura ambiente.</u>	
PRUEBA SOLICITADA:	
FECHA DE RECEPCIÓN:	

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: PDc24g (Precio: 900€)
- Panel de enfermedades renales glomerulares (NGS).*
CÓDIGO: Glom115g (Precio: 900€)
- Panel de enfermedades renales tubulares y ADTKD (NGS).*
CÓDIGO: Tub80g (Precio: 900€)
- Panel de enfermedades del complemento (NGS).*
CÓDIGO: SHUa17g (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€)

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 nefronoptisis (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€)
- Otras patologías(NGS):**
CÓDIGO: NGS_PAT26 (Precio: 1100€)
Indique enfermedad:

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)**
Indique gen / región (Precio por gen: 250 €):
- Re-análisis paneles**
(Precio por re-análisis: 350 €):
- 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)

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

Firma

Fecha

Dr. /Dra.

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

Travesía da Choupana S/N
15.706 Santiago de Compostela

Tel.: 981.951.448

Fax.: 981.950.538

C.I.F.: G15796683

RESPONSABLES DEL SERVICIO:

Investigador Principal/Coordinador: Miguel García

SERVICIO:

ENTIDAD SOLICITANTE:

Denominación:

C.I.F. (si aplicable):

Domicilio Social:

Representante:

Persona de contacto:

Teléfono:

Correo electrónico para gestión de la factura:

FIRMA/SELLO Facultativo Solicitante	VºBº/SELLO DIRECCIÓN MÉDICA/ R.R.E.E.
FECHA:	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