

## SOLICITUD 2024

ETIQUETA PACIENTE
----------------------

ETIQUETA LABORATORIO CENTRAL
---------------------------------

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

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

- 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 (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 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€)**
- 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  
Telf.: 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:

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

**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