IIER Servicio Diagnóstico Genético	**HOJA DE SOLICITUD** **ESTUDIO GENÉTICO RETINOBLASTOMA**	F_(SDG_PT_015)_02 Edición nº 5 Página 1 de 1

FECHA SOLICITUD	☐ **ESTUDIO CASO ÍNDICE** ☐ **ESTUDIO FAMILIARES** *(padre, madre, hermano/a, tíos, abuelos, otros)*	**ID Laboratorio**

DATOS DEL PACIENTE (CASO ÍNDICE)

(Rellenar o pegar una pegatina)

Número Historia Clínica	Fecha de Nacimiento	Varón ☐ Mujer ☐
Nombre		
1er Apellido		
2º Apellido		

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Nombre y Apellidos		
Hospital	Servicio	
Direción	Ciudad	C.P
E-mail		Teléfono

DATOS CLÍNICOS

TIPO DE RETINOBLASTOMA (caso índice)	☐ UNILATERAL **OJO**: DCHO. ☐ IZDO. ☐ ☐ UNILATERAL MULTIFOCAL. **OJO:** DCHO. ☐ IZDO. ☐ ☐ BILATERAL	Edad al inicio de síntomas
ANTECEDENTES FAMILIARES	☐ NO ☐ SI Parentesco: Tipo Retinoblastoma: ☐ Unilateral ☐ Bilateral ☐ No afecto Mutación identificada caso índice: ☐ SI, descripción:	
HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS	Indicar los datos clínicos más relevantes, incluidos los de familiares si procede. Remitir copias de informes cuando sea posible. ***Esta información es importante para interpretar la patogenicidad de las variantes encontradas.***	

¿Se ha realizado previamente algún tipo de estudio genético? *(remitir copia informe si está disponible)*

☐ NO ☐ SI Indicar cuál: Resultado estudio:

MUESTRAS REMITIDAS (PACIENTE Y FAMILIARES)

APELLIDOS	NOMBRE	NHC	PARENTESCO Respecto caso índice	MUESTRA (Sangre, ADN, Tumor)	FECHA OBTENCIÓN MUESTRA	ID Laboratorio
			Paciente			

ANÁLISIS SOLICITADOS

☐ SEUENCIACIÓN SANGER RB1

☐ SECUENCIACIÓN PANEL RB1 (NGS)

☐ MLPA RB1

☐ MUTACIÓN PREVIAMENTE IDENTIFICADA

☐ ANÁLISIS ARNm RB1

Vº Bº Representante Legal del Organismo

Sr/a., Dr./a.,

Cargo

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

☐ SI. **Adjuntar copia(s) firmada(s)**

☐ NO. **No se realizará el estudio genético**

Servicio de Diagnóstico Genético. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras
Instituto de Salud Carlos III
Edificio Principal. Planta Baja. Lab. 51-00-006/007. Ctra Majadahonda-Pozuelo Km 2,2. 28220 Majadahonda (Madrid)
Tel. 91 8223101/91 8223152. FAX 91 8003269. e-mail: ggomezm@isciii.es/ bmartinezd@isciii.es