



IIER
Servicio
Diagnóstico
Genético

**HOJA DE SOLICITUD
ESTUDIO GENÉTICO DAAT**
(Excepto Hospital Clínico)

F_(SDG_PT_015)_08

Edición nº 1

Fecha: 05/07/2024

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 <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Iniciales Nombre y apellidos			

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Nombre y Apellidos	
Hospital	Servicio

ANTECEDENTES FAMILIARES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Parentesco: Mutación identificada caso índice: <input type="checkbox"/> 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. <i>Esta información es importante para interpretar la patogenicidad de las variantes encontradas.</i>		
¿Se ha realizado previamente algún tipo de estudio genético? (remitir copia informe si está disponible)			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicar cuál:			
Resultado estudio:			

MUESTRAS REMITIDAS (PACIENTE Y FAMILIARES)

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

ANÁLISIS SOLICITADOS

SECUENCIACIÓN GEN **SERPINA1**

MUTACIÓN PREVIAMENTE IDENTIFICADA en familiar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI Se adjunta copia(s) firmada(s)

SI Disponible en hospital

**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: ggomez@isciii.es / bmartinez@isciii.es