



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

**DATOS MÉDICO SOLICITANTE**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Nombre y Apellidos |          |
| Hospital           | Servicio |

|   |  |                             |   |
|---|--|-----------------------------|---|
| <b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>  | <input type="checkbox"/> NO  | <input type="checkbox"/> SI | Parentesco:<br>Mutación identificada caso índice: <input type="checkbox"/> SI, descripción: |
| <b>HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS</b>  | Indicar los datos clínicos más relevantes, incluidos los de familiares si procede. Remitir copias de informes cuando sea posible.<br><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<br>Respecto caso índice | MUESTRA<br>(Sangre, ADN, Gota Sangre) | FECHA<br>OBTENCIÓN<br>MUESTRA | ID<br>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](mailto:ggomez@isciii.es) / [bmartinez@isciii.es](mailto:bmartinez@isciii.es)