IIER Servicio Diagnóstico Genético	**HOJA DE SOLICITUD** **ESTUDIO GENETICO EPIDEMIOLISIS BULLOSA**	Fecha: 16/04/2019 Edición nº 1 Página 1 de 1

FECHA SOLICITUD **/ /**	**Rellenar con letras mayúsculas** **No rellenar los espacios sombreados.** **Ver "Guía para el envío de muestras".**	**ID**

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	
Dirección	Ciudad	C.P
e-mail		Teléfono

ESTUDIOS GENÉTICOS PREVIOS

☐ NO

☐ SI Se adjunta informe estudios previos: ☐ Sí ☐ No

ANÁLISIS SOLICITADOS

☐ **EXOMA** (NGS)	AUTORIZACIÓN ESTUDIO: Vº Bº Representante Legal del Organismo. Fecha……/……/…… Sr/a., Dr./a…….... Cargo…… …….Sello……

MUESTRAS ENVIADAS

☐ **SANGRE** (En EDTA)
☐ **ADN**
☐ **OTRAS** _____

OBSERVACIONES

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. Laboratorio 51-00-015/025. Ctra Majadahonda-Pozuelo Km 2,2. 28220 Majadahonda (Madrid)
Tel. 91 8223152/91 8223101. FAX 91 8003269. e-mail: bmartinezd@isciii.es/ggomezm@isciii.es