

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Dirección:

ETIQUETA

SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO MOLECULAR/GENÓMICO

Facultativo solicitante: _____

Servicio y Hospital: _____

(Solicitar un solo estudio por petición. Priorizar por sospecha clínica)

MOTIVO DEL ESTUDIO/SOSPECHA SÍNDROME GENÉTICO:

En caso de estudio familiar, indicar enfermedad/ alteración, nombre y fecha de nacimiento del primer diagnosticado y/o adjuntar informe genético:

Puede consultar la cartera de servicios del Centro de Bioquímica y Genética Clínica en [murciasalud 315903-Cartera de Servicios del CBGC. Octubre 2022.pdf \(murciasalud.es\)](#) y descargar el documento de CI para NGS con los criterios de información de las variantes adoptados por el CBGC. [504274-CI Para el estudio mediante NGS. v3. 01.12.22.pdf \(murciasalud.es\)](#) y/o para otros estudios genéticos [506361-Consentimiento informado general pruebas geneticas. DCI Area I.pdf \(murciasalud.es\)](#)

INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO.

Consentimiento informado: SI ☐ NO ☐ (de conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un CI expreso y específico por escrito)

Existe muestra conservada o extracción previa de ADN: SI ☐ NO ☐

El/la paciente acepta que se conserven sus datos genómicos y el material biológico sobrante para posible reanálisis: SI ☐ NO ☐

El/la paciente desea que se le informe de los hallazgos secundarios: SI ☐ NO ☐

Indique código ORPHA de la patología sospechada (obligatorio):.....

Indique HPOs del paciente.....

Indique Panel de genes sugeridos.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

FECHA Y FIRMA

Fdo: Dr/a

Nota: El laboratorio desestimará la realización de este análisis si la hoja de solicitud no está debidamente cumplimentada y/o la muestra no es adecuada para su estudio

Fecha edición: 13.05.2025