

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](http://murciasalud.es) [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 v2.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 incidentales: SI  NO
- El/la paciente desea que se le informe de los hallazgos secundarios: SI  NO

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: 01.12.2022