

SOLICITUD DE SERVICIO

Información del solicitante

Nombre	Apellidos	Fecha
Departamento		Centro/Hospital
Dirección	Ciudad	Provincia
CP	Teléfono	e-mail

Información sobre la muestra y/o paciente

Identificador / Nombre y Apellidos	Tipo de muestra	Sexo paciente
Fecha Nacimiento	Número Historia Clínica	Paciente
		Madre
		Padre
		Otro (especificar)
		Masculino
		Femenino
		Desconocido

Información sobre facturación

Empresa / Institución	Responsable autorizado
Domicilio social	NIF
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto;">Firma responsable Autorizado</div>	

Información sobre el test solicitado

Microarrays		Secuenciación masiva	
qChip Post	A medida	qGenEx® Research	qCancer® Risk Expanded
qChip Pre	qChip Hemo	qGenEx® Complete	qCancer® Risk
qChip PdC		qGenEx® TND	qCancer® Risk Gine
Agilent 4x180K	SNP Array (cytoSNP 850K)	qGenEx® Epilepsy	qCancer® Risk Mama
Agilent 2x400K		qGenEx® Trio	qCancer® Risk BRCA
Agilent 1x1M		qSeqEasy® CFTR	qCancer® Risk Colorrectal
		qSeqEasy® Neonatal	RNAseq
Otros tests moleculares		qCarrier® Test Focused	Otros servicios NGS
qCell Identity		qCarrier® Test	
MLPA / MS-MLPA		qCarrier® Test Plus	
Cariotipo convencional			

Información sobre la muestra biológica

Sangre periférica	Línea linfoblastoide
Líquido amniótico SIN cultivar	Biopsia / restos abortivos o producto de concepción
Líquido amniótico cultivado	Material parafinado o en otro fijador
Biopsia de Corion	Otro (especificar)
ADN (5ug - especificar tejido de origen)	

Información sobre el ADN

Fecha obtención muestra	Fecha de extracción	Método de extracción
-------------------------	---------------------	----------------------

Información clínica

Diagnóstico o sospecha clínica

Datos clínicos, antecedentes familiares y otras observaciones relevantes

Notas

Acerca de la solicitud de servicios: Se ruega que se pongan en contacto con nosotros antes de realizar la solicitud para poderles asesorar convenientemente sobre el tipo de test más adecuado para su caso.

Acerca de los datos personales: Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante de la prueba debe estar en disposición del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas solicitadas y para el tratamiento de sus datos personales. Los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, en proceso de inscripción en la Agencia Española de Protección de Datos conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico solicitado, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : qGenomics, S.L., c/Joan XXIII, 10. 08950 – Esplugues del Llobregat - Catalunya - España.

Acerca de las muestras biológicas: Quantitative Genomic Medicine Laboratories, SL (qGenomics) conserva las muestras recibidas o sus derivados de manera indefinida para futuras validaciones y/o investigación, manteniendo el total anonimato sobre el origen de cada muestra. El paciente o su representante tiene derecho a no dar su consentimiento para el uso de las muestras con fines de investigación sin que esto vaya en detrimento de las pruebas diagnósticas o elaboración de los resultados. El paciente puede declinar el consentimiento otorgado en cualquier momento poniéndose en contacto con Quantitative Genomic Medicine Laboratories, SL. El paciente declara reclamar propiedad alguna sobre productos de investigación surgidos como resultado de la utilización de sus muestras.

Marque esta casilla para **certificar la existencia de un documento de consentimiento informado**, debidamente obtenido y firmado por el paciente o su representante legal, que les autorice a solicitar esta prueba

Marque, por favor, esta casilla en caso de **no autorizar el uso de este material para fines de investigación**. En caso de no marcarla, queda implícito el consentimiento del uso de la muestra para dichos fines.

Firmado (médico / asesor genético)

En _____, a _____ de _____ de 20__