

Solicitud de estudio genético - Cáncer

1 Identificación del paciente y datos de la muestra

Paciente

Apellidos, nombre

Fecha de nacimiento

Sexo

V

M

Sangre

Sangre periférica entre 3 y 5 ml en tubos EDTA

Saliva

Uso de kit indicado de saliva

ADN*

Mínimo 5 µg y concentración > 50 ng/mL para ADN procedente de sangre, saliva y tejido (fresco o congelado).

Mínimo 10 µg y concentración > 50 ng/mL para ADN procedente de tejido en parafina.

***Especificar el origen del ADN:**

Sangre, sangre congelada, saliva, tejido fresco, tejido congelado, tejido en parafina, etc.:

Fecha de recogida de la muestra

Escriba aquí la referencia que aparece en el tubo de la muestra:

2 Datos del facultativo solicitante

Nombre y apellidos

Centro médico-hospitalario

Dirección

Ciudad

Provincia

Código Postal

País

Teléfono

Correo electrónico

para recibir los resultados

*Los resultados se enviarán al email indicado en formato PDF® firmados digitalmente a través de correo electrónico certificado y estarán disponibles en nuestro Portal de Clientes.

3 Datos para la factura

Hospital / Institución

Paciente particular

Forma de pago:

Transferencia
bancaria

Tarjeta de
crédito

Nombre

Hospital o paciente

NIF / DNI

Dirección

Ciudad

Código Postal

País

Teléfono

Correo electrónico

donde Health in Code debe enviar la factura

Persona de contacto

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code.

La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos.

El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones.

Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos.

Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte.

También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

4 Estudio genético solicitado

Paneles NGS generales

- Panel Global de Cáncer Hereditario y Síndromes Genéticos con Predisposición a Cáncer 128 genes

Paneles NGS específicos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer de Mama ○ 2 genes ○ 12 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Renal 17 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer de Ovario 12 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Melanoma 11 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer de Próstata 12 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Medular de Tiroides y Neoplasia Endocrina Múltiple 3 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Pancreático 17 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Feocromocitoma y Paraganglioma 17 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Gástrico Difuso y Tumores del Estroma Gastrointestinal 6 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Meduloblastoma y otros tumores del sistema nervioso central 19 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Colorrectal y Poliposis 11 genes | <input type="checkbox"/> Panel de RASopatías 25 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Síndrome de Lynch 5 genes | <input type="checkbox"/> Panel de Anemia de Fanconi 22 genes |
| <input type="checkbox"/> Panel de Cáncer Gastrointestinal y Colorrectal 24 genes | |

Servicios complementarios

- Estudio Familiar/Secuenciación individualizada de genes
Gen/variante: Gen/variante:
- Ampliación del panel inicial
Nombre del nuevo panel que se estudiará:

Otros servicios

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exoma ○ Secuenciación + FASTQ ○ Secuenciación + FASTQ + anotación de variantes | <input type="checkbox"/> MLPA Gen: |
| <input type="checkbox"/> Array de genoma completo ○ Caso índice ○ Estudio familiar | <input type="checkbox"/> Secuenciación ADN mitocondrial completo ○ Caso índice ○ Estudio familiar |

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code.

La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos.

El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones.

Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos.

Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte.

También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

5 Datos clínicos

Es recomendable adjuntar un informe clínico para asegurar la correcta interpretación de los hallazgos genéticos.

6 Declaración de existencia del consentimiento informado

- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) conoce los datos incluidos en la misma y autoriza la realización de este estudio genético.
- Es posible obtener información inesperada en el proceso de análisis de la muestra, para lo cual el paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) ha decidido conocerla.
- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal), autoriza, para que guarde la actual muestra biológica para posteriores estudios y/o confirmaciones.
- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) da su consentimiento, para que pueda utilizar la actual muestra biológica para finalidades de investigación aprobadas por el comité ético correspondiente, siempre manteniendo el anonimato del paciente.

Firma del facultativo

Fecha

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code.

La **finalidad** es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las **categorías de datos** son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos.

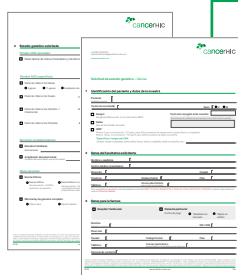
El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando **legitimada** por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones.

Sus **datos serán conservados** durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos.

Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los **derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos** dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte.

También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

7 Requerimientos y envío de la muestra



SOLICITUD DE ESTUDIO

La hoja de solicitud, debidamente cumplimentada debe acompañar a la muestra para la realización del estudio genético.

Descárguelo en www.cancerhic.com o solicítelo en atencionalcliente@healthincode.com

RECOGIDA DE MUESTRAS

Sangre Periférica*



3 a 5 ml en tubos con EDTA

ADN Genómico*



NGS > 5-10 µg (A260/280 = 1.8-1.9)
Sanger > 1 µg (A260/280 = 1.8-1.9)

Saliva



Uso del kit indicado para su recogida
Solicítelo en atencionalcliente@healthincode.com

**Para plazos de envío superiores a 48 h se recomienda el envío a temperatura controlada (4-8 °C).*

EMPAQUETADO DE MUESTRAS

Cada recipiente primario (tubo de muestra**) se colocará en un envase secundario (bolsa de plástico sellada o tubo Falcon) que contendrá suficiente material absorbente. Estos recipientes secundarios irán sujetos dentro de un paquete o caja rígida con material amortiguador apropiado.

***El tubo de muestra debe venir perfectamente identificado con los datos o referencia del paciente.*

ENVÍO DE MUESTRAS

Programe el envío para que la recepción de la muestra se realice de lunes a jueves de 8:00-17:00 horas.

HEALTH IN CODE S. L.

Edificio O Fortín, As Xubias s/n. Campus de Oza. 15006 A Coruña, España

Tel: +34 881 600 003

Si lo desea, puede solicitar el servicio de recogida de muestras en atencionalcliente@healthincode.com



RESULTADO

Recibirá nuestro informe vía:

- Correo electrónico certificado
- Portal de Clientes Health in Code

NUESTROS ESTUDIOS SIEMPRE INCLUYEN LA POSIBILIDAD DE ASESORAMIENTO PRETEST Y POSTEST

atencionalcliente@healthincode.com | consultaclinica@healthincode.com | +34 881 600 003 | www.cancerhic.com