eurofins | MEGALAB Clinical Genetics

SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO

ESTUDIO DE PORTADORES (COMPATIBILIDAD GENÉTICA)

INFORMACIÓN CENTRO SOLICITANTE:

Nombre del médico: _____

Centro: _____

Email: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos / ID del donante: _____

Fecha de nacimiento: ___/____/_____ Sexo: Masculino: ☐ Femenino: ☐

Email: _____ Teléfono: _____

**Si el test se va realizar también a la pareja, indicar nombre o referencia del mismo:*

_____

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA:

Tipo de muestra: Sangre periférica (EDTA) ☐ ADN ☐ Saliva ☐

Lugar de toma de muestra. _____ Fecha de extracción: _____

PRUEBA SOLICITADA

☐ **ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD FOCUS:**
Compatibilidad genética Focus: estudio de 30 genes asociados a >30 enfermedades

☐ **ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD EASY:**
Compatibilidad genética Easy: estudio de 300 genes asociados a >450 enfermedades

☐ **ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD PLUS:**
Compatibilidad genética Plus: estudio de 550 genes asociados a >700 enfermedades

☐ **ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD PREMIUM:**
Compatibilidad genética Premium: estudio de 925 genes asociados a >1500 enfermedades

INFORMACIÓN CLÍNICA: indicar si existen antecedentes personales o familiares de enfermedades hereditarias:

_____

_____

Confirmo que el paciente consiente en la realización del test y ha obtenido toda la información requerida sobre la prueba, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones del mismo. He facilitado al laboratorio toda la información clínica indispensable para la realización del análisis.

Firma del profesional sanitario _____

Fecha _____/_____/_____

Confirmo que he sido informado sobre los riesgos, beneficios y limitaciones del análisis. He realizado todas las preguntas oportunas y he entendido las explicaciones que se me han dado. Autorizo la realización del estudio solicitado y la utilización de la muestra para este fin.

Firma del paciente_____

Fecha: _____/_____/_____