

EBIOTEC HOJA DE PETICIÓN DE PRUEBA GENÉTICA

CONDICIONES PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS GENÉTICO TIPO DE MUESTRA: SANGRE VENOSA TOTAL en tubos con EDTA, DNA, EPITELIO BUCAL CANTIDAD: 10 – 20 ml, 2 TORUNDAS TRANSPORTE: Servicio de transporte 24 horas a temperatura ambiente. No es aconsejable enviar la muestra si han pasado más de 48 horas tras la extracción. La muestra debe estar protegida para que no sufra desperfectos durante el transporte CADENA DE CUSTODIA: El Centro Solicitante debe garantizar que la muestra enviada se corresponde con los datos del paciente identificado en esta petición, siendo garante de la cadena de custodia de las muestras.	Código del tubo	Fecha y hora de recepción de la muestra
	Código Ebiomex	Factura núm.

(a cumplimentar por Ebiotec)

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Laboratorio		
Nombre del médico	Firma del médico	
Institución		
Dirección		
Tel.	Fax	e-mail médico

INFORMACION DEL PACIENTE (I)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Dirección		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (M/F)	Raza

INFORMACION DEL PACIENTE (II)

Diagnóstico probable	Comienzo de la enfermedad (hace cuantos años)
Historia familiar de la enfermedad	
Breve historia clínica del paciente	Información adicional No Si ¿Cuál?

PRUEBA (S) SOLICITADA (S)

Prueba	Código
Tipo de muestra	
Fecha y hora de la extracción	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO GENETICO

YO, _____ como PACIENTE, o en su defecto, como RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, doy mi consentimiento informado para la realización de la prueba mediante el análisis de ADN. Comprendo que las muestras obtenidas serán usadas para determinar si YO soy portador/a de una enfermedad genética, o estoy afectado/a por esa enfermedad o presento mayor riesgo que la población general de padecer esa enfermedad.

1. Comprendo que el análisis de ADN llevado a cabo es específico para esta enfermedad y de ninguna forma garantiza mi salud.
2. Estas pruebas son relativamente nuevas y están en desarrollo continuo por lo que existe un riesgo de que la prueba no funcione correctamente o se produzca un error.
3. Sólo YO a través de mi médico recibiré la información sobre los resultados del análisis genético.
4. Comprendo que he sido informado sobre el objetivo del estudio, que he podido hacer preguntas sobre su significado y repercusiones, y que he recibido suficiente información sobre las pruebas a realizar.
5. Comprendo que los datos derivados del análisis de mi genoma son confidenciales y sólo podrán usarse con fines de investigación si se protege mi identidad.
6. Comprendo que mi participación es voluntaria. Conociendo que * _____ (* Centro Solicitante) se rige por los principios éticos fundamentales, presto libre mi conformidad para que se lleven a cabo los análisis genéticos que este equipo médico crea oportunos realizar.
7. Doy mi consentimiento para el almacenamiento y conservación de las muestras biológicas, para posibles investigaciones futuras sobre la enfermedad genética.

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma del responsable
Nombre y firma del médico responsable	Fecha