



Solicitud de estudio genético molecular

Información Médico/ Investigador solicitante

Nombre:

Apellidos:

Centro/ Hospital:

Departamento:

Dirección:

CP:

Provincia:

Ciudad:

Telf.:

Fax:

Email:

Información Paciente

Nombre:

Apellidos:

nº Historia Clínica / Hospital:

nº Caso:

nº Paciente:

(A rellenar por Whole Genix)

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Muestra: Paciente

Familiar de paciente (indicar parentesco)

Información de la muestra biológica

Indique el número de tubos que se enviarán, el tipo de tubo, el tipo de muestra (sangre periférica, tejido o ADN), el volumen aproximado de cada tubo, cantidad de tejido, la fecha de extracción de la muestra y los datos para muestras de ADN.

	TEJIDO Indicar : fresh / FFPE (mínimo 4 µg)	SANGRE PERIFERICA (Estudios genéticos)	ADN indicar : (Fresh mínimo 2 µg) (Blood concentración >= 18-20 ng/µl) (FFPE mínimo 80 ng)
Volumen aproximado por tejido (ej. 4 µg) SOLO a rellenar para TEJIDO		-----	-----
Número de tubos (ej. 2) SOLO a rellenar para SANGRE PERIFÉRICA	-----		-----
Tipo de Tubo (EDTA/ sin anticoagulante, tubo eppendorf) SOLO a rellenar para SANGRE PERIFÉRICA	-----		-----
Volumen aproximado por tubo (ej. 10 ml, 50 µl) SOLO a rellenar para SANGRE PERIFÉRICA	-----		-----
Fecha de extracción de la muestra			
Concentración ng/ µl SOLO a rellenar para ADN	-----	-----	
Método/ kit de extracción (QIAamp / DNeasy / otros) SOLO a rellenar para ADN	-----	-----	
Método de cuantificación (Qubit /nanodrop/ otros) SOLO a rellenar para ADN	-----	-----	



Documentos aportados. Marcar con una X

- Consentimiento Informado Diagnóstico Genético **OBLIGATORIO**
- Consentimiento Informado de Investigación
- Informe genético **OBLIGATORIO** en caso de Estudio genético Sanger Familiar de mutación/-es conocida/-s
- Otros informes. Especificar: _____

Estudio Genético Solicitado. Marcar con una X

Estudio genético completo por Next Generation Sequencing (NGS)

NGS del genoma completo (WGS): **(No para FFPE)**

- 30011** análisis de genoma completo. Indicar el motivo: _____
- 30012** análisis somático del genoma completo. Indicar motivo: _____

NGS del Exoma completo (WES):

- **(No para FFPE)**

- 30021** análisis del exoma completo para diagnóstico en **cáncer**.
Indicar tipo de tumor si es conocido: _____
- 30022** análisis somático del exoma completo. Indicar el motivo: _____

- **(Si para FFPE)**

- 30023** análisis del exoma completo para diagnóstico en cáncer.
Indicar tipo de tumor si es conocido: : _____
- 30024** análisis somático del exoma completo. Indicar el motivo: _____

NGS del transcriptoma completo (WTS): **(No para FFPE)**

- 30030** análisis del transcriptoma completo. Indicar el motivo: _____

Estudio genético por paneles NGS para diagnóstico en cáncer

- 5010X** NGS paneles de diagnóstico en cáncer. Marcar con una X el tipo de **tumor conocido**:

Breast cancer	Glioma	Melanoma	Skin cancer
Carcinoid	Head and neck cancer	Ovarian cancer	Stomach cancer



Whole Genix. Specialist in Genetics diagnosis analysis.
CIF: B-66343344

Cervical cancer	Liver cáncer	Pancreatic cancer	Testis cancer
Colorectal cancer	Lung cáncer	Prostate cancer	Thyroid cancer
Endometrial cancer	Lymphoma	Renal cancer	Urothelial cancer

50200 NGS panel de diagnóstico en cáncer de **48** genes más relevantes. Indicar el tipo de tumor si es conocido: _____

ABL1	EGFR	GNAS	MLH1	RET
AKT1	ERBB2	HNF1A	MPL	SMAD4
ALK	ERBB4	HRAS	NOTCH1	SMARCB1
APC	FBXW7	IDH1	NPM1	SMO
ATM	FGFR1	JAK2	NRAS	SRC
BRAF	FGFR2	JAK3	PDGFRA	STK11
CDH1	FGFR3	KDR	PIK3CA	TP53
CDKN2A	FLT3	KIT	PTEN	VHL
CSF1R	GNA11	KRAS	PTPN11	
CTNNB1	GNAQ	MET	RB1	

50300 NGS panel para diagnóstico en cáncer de **605** genes **completos**. Indicar el tipo de tumor si es conocido: _____

XXXXX Análisis para mutaciones en genes específicos. Marcar con una X el gen:

EGFR (exones 18-21)*	BRAF (exón 15)*	c-KIT (exones 9, 11, 13, 17)
KRAS (codones 12, 13, 61)*	HER2 (exones 8, 9, 20, 21)	PDGFR (exones 12,18)

*Estas pruebas también se pueden realizar en muestras de sangre.

XXXXX Pruebas de Hibridación Fluorescente *in situ* (FISH) para genes específicos. Marcar con una X el gen:

ALK	HER2	RET
------------	-------------	------------



Whole Genix. Specialist in Genetics diagnosis analysis.
CIF: B-66343344

FGFR1	MET	ROS1
-------	-----	------

XXXXX Análisis inmunohistoquímico para genes específicos. Marcar con una X el gen:

ALK	MET	HER2	PD-L1
-----	-----	------	-------

Información de facturación

Institución/ Empresa:

Responsable autorizado:

CIF:

Razón social/ Dirección:

CP:

Proyecto (si procede):

Nº Pedido (si procede):

Notas

Acerca de la solicitud de servicios: Se ruega que se pongan en contacto con nosotros antes de realizar la solicitud si tienen cualquier duda para poder asesorarles convenientemente sobre el tipo de test y las muestras más adecuados para su caso.

Acerca de los datos personales: Conforme 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. Se ruega envíen una copia del **consentimiento informado firmado** junto con la solicitud y las muestras.

Acerca de las muestras biológicas: Whole Genix si conserva las muestras recibidas o sus derivados de manera indefinida para futuras validaciones y/ o investigación, se mantendrá total anonimato sobre el origen de cada muestra. El paciente o su representante tienen 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 resultados.

En el caso de que el paciente quiera que sus muestras sean utilizadas para investigación, rogamos envíen el consentimiento informado pertinente junto con la solicitud, el consentimiento informado del diagnóstico, el pedigree (si procede) y las muestras. El paciente puede declinar el consentimiento otorgado en cualquier momento poniéndose en contacto con **Whole Genix** en la siguiente dirección:

**Headquarters: Av. Diagonal 640, 6ª planta,
08017, Barcelona, España**

Acerca del envío de muestras biológicas: Se ruega encarecidamente que se pongan en contacto con nosotros antes de enviar muestras para poderles asesorar convenientemente del mejor método de conservación y envío de éstas. Para muestras de sangre, recomendamos se envíen en las 24h



Whole Genix. Specialist in Genetics diagnosis analysis.
CIF: B-66343344

siguientes a la extracción y manteniéndolas a temperatura ambiente, nunca en frío. Las muestras de ADN se pueden enviar resuspendidas en TE o en agua, manteniéndolo en frío o a temperatura ambiente.

Derecho de reclamación: Le recordamos que puede ejercer su derecho de reclamación sobre el estudio genético realizado mediante una carta o instancia, aportando fotocopia del DNI, dirigida a Whole Genix: Headquarters: Av. Diagonal 640, 6ª planta, 08017, Barcelona, España.

Firmado:

En _____, a _____ de _____ de 20__ .