

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS
Datos del Peticionario

Centro Solicitante		Fecha
Nombre y Apellidos		Correo Electrónico
Dirección		
Provincia	Código Postal	Teléfono

Datos Clínicos del Paciente

Nombre y Apellidos		Sexo	Edad
Etnia del Paciente <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otros _____			
IMPORTANTE Para el correcto procesamiento de la muestra y análisis de resultados, ADJUNTAR INFORME CLINICO COMPLETO, en el que se incluya antecedentes personales y familiares, el diagnóstico de sospecha, motivo de consulta e información clínica relevante.			
Tipo de Muestra		Fecha de extracción	
Diagnóstico			
Motivo de la consulta / Resumen de Hª Clínica / Antecedentes			

La muestra debe ir siempre acompañada de este formulario de solicitud y el correspondiente consentimiento informado. Este último documento puede descargarse en www.nimgenetics.com. **Solamente en el caso de que el consentimiento informado no acompañe a la muestra, marcar la siguiente casilla:**

☐ Declaro que el paciente ha sido informado sobre la indicación, finalidad, características, alcance y limitaciones del estudio solicitado. El consentimiento informado asociado a esta prueba ha sido firmado por el paciente, quedando bajo la custodia del centro hospitalario o facultativo responsable.

Firma del facultativo responsable

Datos de Facturación y Forma de Pago

Entidad	
Dirección	
Persona Autorizada	NIF / CIF
Teléfono	Correo Electrónico
Firma Autorizada	

Datos de Contacto

NIMGenetics - Calle Faraday, 7, 28049 Madrid - Tel. (+34) 91 037 83 54 - contactoespecialistas@nimgenetics.com

Protección de datos y confidencialidad

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 peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a NIMGenetics, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección: NIMGENETICS, S.L., Genómica y Medicina, C/ Faraday, 7 28049 Madrid.

NIMGenetics es un Centro de Diagnóstico Genético autorizado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, inscrito en el registro correspondiente con el N° CS10673

Datos Personales del Paciente

Nombre y Apellidos	Sexo	Edad
--------------------	------	------

ARRAYS CGH

☐ KaryoNIM® Postnatal 60K (CGH1001)

☐ KaryoNIM® Postnatal 180K (CGH1003)

☐ KaryoNIM® 180K Autismo (CGH1005)

☐ KaryoNIM® 400K (CGH1007)

SECUENCIACIÓN EXÓNICA

☐ ExoNIM® Dirigido (Referencia*): _____
Enfermedad y/o genes: _____

☐ Ampliaciones ExoNIM® (Referencia*): _____
Identificador de estudio previo: _____
Enfermedad y/o genes: _____

☐ ExoNIM® Combinación de paneles (Referencia*): _____
Enfermedad y/o genes: _____

☐ ExoNIM® Clínico (EXN2003)

☐ ExoNIM® Trío (EXN3001)

☐ ExoNIM® Plus Epilepsia (EXN5001)

☐ ExoNIM® Personalizado (Referencia o adjuntar listado de genes): _____

PANELES NGS Y GENES ÚNICOS

☐ NIMSeq® (Referencia*): _____
Enfermedad y/o genes: _____

OTROS

☐ MLPA (Especificar/referencia*) _____ ☐ ADN Mitocondrial (Especificar/referencia*) _____

☐ Expansiones de tripletes (Especificar/referencia*) _____

ESTUDIO DE PORTADORES (SANGER)

- Grado de parentesco respecto al caso de referencia:

- Caso de referencia estudiado previamente en NIMGenetics:

☐ NO → NECESARIO ADJUNTAR COPIA DEL INFORME previo que contenga información de las variantes a analizar (gen #NM, cambio nucleótico/proteína)

☐ Sí → Identificador de caso referencia _____ :

Variante 1:	_____	_____
	Gen	Cambio nucleótido/proteína
Variante 2:	_____	_____
	Gen	Cambio nucleótido/proteína
Variante 3:	_____	_____
	Gen	Cambio nucleótido/proteína

(*) Consulta nuestra amplia cartera de servicios para el diagnóstico postnatal a través del buscador de estudios genéticos disponible en nuestra web: bit.ly/Buscador_Estudios_NIMGenetics