

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DIAGNÓSTICO PRENATAL

Datos del Peticionario

Centro solicitante:		Fecha:
Nombre y apellidos:		
Dirección:		Correo electrónico:
Provincia:	Código Postal:	Teléfono:

Datos del Clínicos del Paciente

Nombre y apellidos:	Sexo:	Edad:
Diagnóstico		
Motivo de consulta:	Resumen H ^a C ^a o Antecedentes	
Tipo de muestra:	Fecha de extracción:	

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

Nombre y apellidos:	
Dirección:	
Persona autorizada:	NIF / CIF:
Teléfono:	Correo electrónico:
Firma autorizada:	

Datos de Contacto:

NIMGenetics, Calle Faraday, 7 · 28049 Madrid / Tel. 91 037 83 54 / registro@nimgenetics.com

Embarazo y reproducción

KaryoNIM® Prenatal (PRE3001)	<input type="checkbox"/>	QF-PCR fetal (PRE4001)	<input type="checkbox"/>
ReproNIM® Carrier (REP1001)	<input type="checkbox"/>	Estudio de contaminación materna (PRE4002)	<input type="checkbox"/>
ReproNIM® Focus - LX (REP1004)	<input type="checkbox"/>	Cariotipo en líquido amniótico (PRE5001)	<input type="checkbox"/>
TromboNIM® (PEG7001)	<input type="checkbox"/>	Cariotipo en biopsia coriónica (PRE5002)	<input type="checkbox"/>
Estudio Sanger mutaciones puntuales	<input type="checkbox"/>	NIMSeq® Prenatal	<input type="checkbox"/>
ExoNIM® Dirigido Prenatal	<input type="checkbox"/>	ExoNIM® Trio Prenatal	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar*): _____			

Estudio de portadores (SANGER)

- Grado de parentesco respecto al caso de referencia:

- Grado de referencia estudiado previamente en NIMGenetics:

No – **NECESARIO ADJUNTAR COPIA DEL INFORME** previo que contenga información de las variantes a analizar (gen #NM, cambio nucleótido/proteína)

Si – **Identificador de caso de referencia:** _____

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

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

(*) Consulta nuestra cartera de pruebas en www.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.