

SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO MOLECULAR



INSTRUCCIONES: le solicitamos diligenciar la siguiente información y enviar la muestra con los documentos solicitados en el numeral 5. Todos los campos son obligatorios para realizar el ensayo.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Médico (nombre y apellidos):

Institución:

Unidad / Servicio:

Teléfono: Fax:

Email:

USO INTERNO

Cod. Muestra:

Ref. ensayo:

Hist. Clínica:

Fecha ingreso:

Fecha reporte:

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES COMPLETOS		FECHA Y HORA DE SOLICITUD					
						DÍA dd	MES mmm	AÑO aaaa	HORA MILITAR		
No. DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	CC	TI	NUIP	Otro	ENTIDAD ASEGURADORA	TIPO DE VINCULACIÓN		Cotizante			
										Beneficiario	
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAÍS	
EDAD	DIAS		MESES	ANOS	SEXO	Hombre	Mujer	OCUPACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN DOMICILIO					BARRIO	MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
TELÉFONO DOMICILIO											
TELÉFONO OFICINA							URBANO	RURAL			
TELÉFONO CELULAR					CORREO ELECTRÓNICO						
NOMBRE ACOMPAÑANTE							TELÉFONO				
NOMBRE PERSONA RESPONSABLE					TELEFONO		PARENTESCO				
DIAGNÓSTICOS	1.										
	2.										
	3.										

Etnia: Hispánico Asiático Caucásico Afroamericano Judío Otro Especificar

Fecha extracción muestra: dd/mmm/aaaa Examen solicitado:

Tipo de muestra:

<input type="checkbox"/> Sangre en papel FTA	<input type="checkbox"/> ADN resuspendido en (indicar)
<input type="checkbox"/> Sangre en EDTA (recomendado para MLPA, Secuenciación masiva)	<input type="checkbox"/> Tejido tumoral en fresco
<input type="checkbox"/> Líquido Cuál: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tejido tumoral parafinado
<input type="checkbox"/> Otros Especificar: <input type="text"/>	

3. INFORMACIÓN CLÍNICA (obligatorio para páneces de secuenciación masiva)

Finalidad del estudio: Confirmación de diagnóstico clínico

Estatus del portador

Otros, especificar:

Desea recibir información sobre genes implicados en otras enfermedades no relacionadas con el diagnóstico en estudio? Si No

Historia clínica (paciente)

Antecedentes personales de enfermedad genética o anomalías? Si No

Diagnóstico (s). Por favor indique el diagnóstico médico

Información adicional / Otros antecedentes (incluya cualquier estudio genético previo)

Resultado del estudio (adjunte el informe)

Historia clínica relevante de la familia (adjunte árbol genealógico)

Materna (parte de la madre)

Relación con el paciente

Tipo de enfermedad

Edad al diagnóstico

Paterna (parte del padre)

Relación con el paciente

Tipo de enfermedad

Edad al diagnóstico

Adicional / Otra (Hermanos / Hijos)

Relación con el paciente

Tipo de enfermedad

Edad al diagnóstico

Paciente ya estudiado en UNIGEM?

Si No

Familia ya estudiada en UNIGEM?

Si No

Nombre

Fecha de nacimiento
dd/mm/aaaa

Relación

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descargar de la página Web, diligenciar los espacios directamente en el computador, imprimir y firmar.

5. Haga uso de la siguiente lista de verificación para comprobar que tiene todo lo necesario para poder hacer el envío de la muestra.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de Estudio Genético Molecular completamente diligenciado y firmado | <input type="checkbox"/> Copia del resumen de la historia clínica |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento informado diligenciado y firmado | <input type="checkbox"/> Informe previo de patología o pruebas de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Copia de estudios genéticos previos | <input type="checkbox"/> Muestra o bloque de parafina (idealmente incluir placa de histología) |
| <input type="checkbox"/> Recibo de pago realizado a través de:
- Página Web www.unigem.com.co botón PSE
- Bancolombia cuenta corriente 617-18552878
- Banco de Occidente cuenta corriente 421-00528-1 | <input type="checkbox"/> Descargar el instructivo para toma de la muestra, embalaje y envío |

Los datos personales que usted nos ha facilitado en este documento, incluidos aquellos que se soliciten adicionalmente conforme a la necesidad del estudio genético que nos ocupa, pasarán a formar parte de un fichero titularidad de UNIGEM S.A.S. con domicilio en Cl 19A # 44 - 25 cons. 2301 Medellín - Colombia y teléfono (574) 5401100. UNIGEM S.A.S. destinataria de la información que nos proporciona, usará y tratará sus datos para el cumplimiento de la finalidad diagnosticada y de seguimiento descrita a lo largo del presente documento. Asimismo, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 de la Re. de Colombia "Régimen General de Protección de Datos Personales", Decreto 1377 del 27 de junio de 2013, usted tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Los referidos derechos podrá ejercitarlos gratuitamente en la dirección del domicilio o por email contacto@unigem.com.co

Firma del paciente o responsable

Doy fe que la información suministrada
corresponde a la muestra enviada