



IIER
Servicio
Diagnóstico
Genético

HOJA DE SOLICITUD

F_(SDG_PT_015)_02

Edición nº 5

Página 1 de 1

ESTUDIO GENÉTICO RETINOBLASTOMA

FECHA SOLICITUD

ESTUDIO CASO ÍNDICE

ESTUDIO FAMILIARES (padre, madre, hermano/a, tíos, abuelos, otros)

ID
Laboratorio

DATOS DEL PACIENTE (CASO ÍNDICE)

(Rellenar o pegar una pegatina)

Número Historia Clínica	Fecha de Nacimiento	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Nombre			
1 ^{er} Apellido			
2 ^o Apellido			

DATOS MÉDICO SOLICITANTE

Nombre y Apellidos		
Hospital		Servicio
Dirección	Ciudad	C.P.
E-mail		Teléfono

DATOS CLÍNICOS

TIPO DE RETINOBLASTOMA (caso índice)	<input type="checkbox"/> UNILATERAL	OJO: DCHO. <input type="checkbox"/> IZDO. <input type="checkbox"/>	Edad al inicio de síntomas
	<input type="checkbox"/> UNILATERAL MULTIFOCAL	OJO: DCHO. <input type="checkbox"/> IZDO. <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> BILATERAL		
ANTECEDENTES FAMILIARES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Parentesco: _____ Tipo Retinoblastoma: <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> No afecto	
		Mutación identificada caso índice: <input type="checkbox"/> SI, descripción: _____	
HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS	Indicar los datos clínicos más relevantes, incluidos los de familiares si procede. Remitir copias de informes cuando sea posible. Esta información es importante para interpretar la patogenicidad de las variantes encontradas.		
¿Se ha realizado previamente algún tipo de estudio genético? (remitir copia informe si está disponible)			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicar cuál: _____ Resultado estudio: _____			

MUESTRAS REMITIDAS (PACIENTE Y FAMILIARES)

APELLIDOS	NOMBRE	NHC	PARENTESCO Respecto caso índice	MUESTRA (Sangre, ADN, Tumor)	FECHA OBTENCIÓN MUESTRA	ID Laboratorio
			Paciente			

ANÁLISIS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> SEUENCIACIÓN SANGER RB1 <input type="checkbox"/> SEUENCIACIÓN PANEL RB1 (NGS) <input type="checkbox"/> MLPA RB1 <input type="checkbox"/> MUTACIÓN PREVIAMENTE IDENTIFICADA <input type="checkbox"/> ANÁLISIS ARNm RB1	Vº Bº Representante Legal del Organismo Sr/a., Dr./a., Cargo Fecha
--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI. Adjuntar copia(s) firmada(s)

NO. No se realizará el estudio genético

Servicio de Diagnóstico Genético. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras
Instituto de Salud Carlos III

Edificio Principal. Planta Baja. Lab. 51-00-006/007. Ctra Majadahonda-Pozuelo Km 2,2. 28220 Majadahonda (Madrid)
Tel. 91 8223101/91 8223152. FAX 91 8003269. e-mail: ggomez@isciii.es / bmartinez@isciii.es