



IIER
Servicio
Diagnóstico
Genético

HOJA DE SOLICITUD
ESTUDIO MOLECULAR SARCOMAS

IIER_AGH_SDG_SARCOMAS

Edición nº 1

Página 1 de 1

FECHA SOLICITUD
/ /

Rellenar con letras mayúsculas o a máquina.
No rellenar los espacios sombreados.
Ver "Guía para el envío de muestras".

ID

DATOS DEL PACIENTE

(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

EDAD AL DIAGNÓSTICO	HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS
____ Años ____ Meses	

MUESTRAS REMITIDAS

TIPO DE MUESTRA	OBSERVACIONES
<input type="checkbox"/> TEJIDO CONGELADO <input type="checkbox"/> TEJIDO PARAFINA Nº bloque: _____	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> POST-TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> RECIDIVA LOCAL <input type="checkbox"/> METÁSTASIS. Indicar _____
<input type="checkbox"/> SANGRE PERIFÉRICA (EN EDTA) <input type="checkbox"/> ASPIRADO MÉDULA ÓSEA (EN EDTA) <input type="checkbox"/> AFÉRESIS	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> EVALUACIÓN SEMANA _____
¿Se ha realizado previamente algún tipo de estudio molecular/citogenético? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Indicar cuál ¿Se adjunta informe de estudio molecular/citogenético? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ANÁLISIS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> SARCOMA DE EWING <input type="checkbox"/> RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR <input type="checkbox"/> SARCOMA SINOVIAL <input type="checkbox"/> TUMOR DESMOPLASICO DE CÉLULA REDONDA <input type="checkbox"/> Otros: _____	Vº Bº Representante Legal del Organismo Sr/a., Dr./a., Cargo Fecha / /
Observaciones:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI. Adjuntar copia(s) firmada(s) NO. No se realizará el estudio genético