

## SOLICITUD DE SERVICIOS GENÉTICA APLICADA AL DIAGNÓSTICO

<b>Para:</b>	<b>Laboratorio de Metabopatías</b> Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Errores Congénitos del Metabolismo Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela C/ Choupana, s/n CP: 15706 Santiago de Compostela, La Coruña
<b>Tel/Fax</b>	+34 981 95 01 00 / +34 981 95 01 02
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:amarmiesse@gmail.com">amarmiesse@gmail.com</a> cochoja@yahoo.es

Nombre del médico solicitante:	
Servicio:	
Hospital:	
Dirección:	
CIF:	
Código Postal:	Localidad:
Teléfono:	Fax:
e-mail:	

**Por favor, asegúrese de completar los datos sobre cada sujeto (sólo familias):**

Identificación del paciente	Sexo (V,M)	Fecha de Nacimiento	Fecha de toma de muestra	Prueba solicitada*	Tipo de muestra**

**Sospecha clínica del caso índice:**

Datos más importantes de la **anamnesis e historia clínica del caso índice.**

\* Prueba solicitada: estudio del panel génico gRX / estudio familiar / estudio prenatal

\*\* Tipo de muestra: sangre, DNA, leucocitos.

**Fecha y firma:**