

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Datos del Peticionario

Centro Solicitante		Fecha
Nombre y Apellidos		
Dirección		Correo Electrónico
Provincia	Código Postal	Teléfono

Datos Clínicos del Paciente

Nombre y Apellidos		Sexo	Edad
Diagnóstico			
Motivo de la Consulta		Resumen Hª Cª 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

Entidad	
Dirección	
Persona Autorizada	NIF / CIF
Teléfono	Correo Electrónico
Firma Autorizada	

Datos de Contacto

NIMGenetics
Calle Faraday, 7 - 28049 Madrid
Tel. 918 047 760
registro@nimgenetics.com

EMBARAZO Y REPRODUCCIÓN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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 (REP1002) | <input type="checkbox"/> Cariotipo en líquido amniótico (PRE5001) |
| <input type="checkbox"/> TromboNIM® (PEG7001) | <input type="checkbox"/> Cariotipo en biopsia coriónica (PRE5002) |
| <input type="checkbox"/> NIMSeq® Noonan Prenatal (PRE7001) | <input type="checkbox"/> Otros (especificar*) _____ |

ESTUDIO DE PORTADORES (SANGER)

- Grado de parentesco respecto al caso de referencia:

- Caso de referencia estudiado previamente en NIMGenetics:

NO → NECESARIO ADJUNTAR COPIA DEL INFORME previo que contenga información de las variantes a analizar (gen #NM, cambio nucleótico/proteína)

Sí → Identificador de caso referencia _____

Variante 1: _____
Gen Cambio nucleótico/proteína

Variante 2: _____
Gen Cambio nucleótico/proteína

(* Consultar 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.