

FORMULARIO DE PETICIÓN DE DETERMINACIONES MOLECULARES

MC-SGC-LOM2023

R 7.2-02
v2.0

Fecha: 25/09/2023

DATOS PACIENTE

Profesional solicitante:	Etiqueta/NHC <u>OBLIGATORIA</u> :
Diagnóstico:	Tratamiento:
Otros datos de interés:	

DATOS DE LA MUESTRA

Tipo de muestra:

Sangre (1) ó (2)
 Líquido Cefalorraquídeo (LCR)(3)
 Líquido Pleural (LP)(4)
 Otros

Situación clínica:

<input type="checkbox"/> Seroteca 1ª visita (1)	<input type="checkbox"/> Inicio (basal) inmunoterapia pulmón (2)
<input type="checkbox"/> Inicio(basal) de terapia dirigida (1)	<input type="checkbox"/> Inicio (basal) inmunoterapia otros tumores (1)
<input type="checkbox"/> Seguimiento de terapia dirigida (1)	<input type="checkbox"/> Seguimiento inmunoterapia (1)
<input type="checkbox"/> Progresión (1)	<input type="checkbox"/> Otros: <input style="width: 150px;" type="text"/>

DETERMINACIÓN MOLECULAR SOLICITADA

Técnica solicitada:

NGS dPCR

Rellenar por Hospital de día

Fecha y hora de extracción:	Tubos necesarios (1) 2 Tubos EDTA K2 + 1 Suero (2) 2 Tubos EDTA K2 + 1 Tubo Suero + 1 Tubo verde con heparina sódica (NaHep) (3) 1 Tubo amarillo sin aditivo (Líquido cefalorraquídeo) (4) 2 Tubos EDTA K2 (Líquido pleural)
Extraído por:	

Rellenar por Laboratorio Oncología Molecular

Recibido por:	Registrado por:	Procesado por:	Hora de procesamiento:		
Control:	Experiencia:	Iniciales:	Volumen suero:	Volumen 1:	Volumen 2:
Observaciones:					

Nota: Este laboratorio excluirá el análisis de la prueba si el formulario de solicitud no está debidamente cumplimentado o si las muestras no cumplen los criterios de aceptación. De conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un consentimiento informado. Es responsabilidad del profesional solicitante disponer del consentimiento informado.