

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE DETERMINACIONES MOLECULARES

MC-SGC-LOM2023

R 7.2-02  
V4.0

Fecha: 12/11/2025

### DATOS PACIENTE

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

### DATOS DE LA MUESTRA

**Tipo de muestra:**

Sangre (1)   
  Líquido Cefalorraquídeo (LCR) (2)   
  Orina   
  Otros (3)

**Situación clínica:**

<input type="checkbox"/> Seroteca 1ª visita (1)	<input type="checkbox"/> EPILUNAR
<input type="checkbox"/> Inicio(basal) de terapia dirigida (1)	<input type="checkbox"/> Inicio (basal) inmunoterapia (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:	<b>Tubos necesarios</b> (1) 2 Tubos EDTA K2 + 1 Suero (2) 1 Tubo amarillo sin aditivo (Líquido cefalorraquídeo) (3) 2 Tubos EDTA K2
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.