

Nombre:	ETIQUETA
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	

## SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO POSTNATAL: ARRAY-CGH

Facultativo solicitante:		
Servicio y Hospital:		
En caso de estudio familiar, indicar enfermedad/al	lteración, nombre y fecha de nacimiento	
del primer diagnosticado y/o adjuntar informe genético:		
MOTIVO DEL ESTUDIO/ SOSPECHA CLÍNICA:		
Discapacidad intelectual/Retraso psicomotor	Rasgos dismórficos	
Retraso del lenguaje/trastornos del aprendizaje	Hipotonía	
Trastorno generalizado del desarrollo (TGD)	☐ Familiar con variante(s) en arrayCGH	
Trastorno del espectro autista (TEA)	☐ Nacido muerto o muerte perinatal	
Malformación-es congénita-s (especificar en observaciones)		
Otros (indicar):		
INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO.		
Consentimiento informado: SI NO (de conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de		
Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un CI expreso y específico por escrito. Pueden descargar el CI con los criterios de información de variantes adoptados por el CBGC.		
504272-C_I_PARA_EL_ESTUDIO_POSTNATAL_POR_ARRAYv1.pdf (murciasalud.es)		
El/la paciente acepta que se conserven sus datos genómicos y el material biológico		
sobrante para posible reanálisis: SI NO		
■ El/la paciente desea que se le informe de los hallazgos incidentales: SI □NO□		
■ El/la paciente desea que se le informe de los hallazgos secundarios: SI □NO□		
Et/ta paciente desea que se te informe de tos r	iattazgos securidarios. Siito	
OBSERVACIONES:	FECHA Y FIRMA	
	Fdo: Dr/a.	

Nota: El laboratorio desestimará la realización de este análisis si la hoja de solicitud no está debidamente cumplimentada y/o la muestra no es adecuada para su estudio

Fecha edición: 26.10.2022