



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV

Área Sanitaria

LABORATORIO DE GENETICA MOLECULAR HUCA

Teléfono 985 107 968
FORMULARIO DE PETICIÓN

Médico peticionario (matrícula)	N.º Historia Tarjeta sanitaria
Servicio/Unidad	Primer Apellido
Hospital	Segundo Apellido
Firma	Nombre
Fecha / /	Fecha nacimiento / / Edad Sexo M ☐ F ☐
Fecha de extracción / /	Servicio Situación

DATOS CLÍNICOS

Rasgos fenotípicos:

Edad de inicio:

Antecedentes familiares: ☐ SI ☐ NO
(en caso afirmativo especificar)

PRUEBA GENÉTICA SOLICITADA

Para todas las determinaciones se necesita sangre con EDTA K3.

Lactantes: 2-3 ml.

Niños de 2-6 años: 5 ml.

Más de 6 años: 10 ml.

DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se recuerda que la solicitud implica la cumplimentación y firma del Consentimiento Informado y su inclusión en la historia clínica del paciente.