



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Complexo Hospitalario Universitario  
de Santiago de Compostela  
Santiago de Compostela

Laboratorio de Metabolopatías  
Servizo de Neonatoloxía  
Departamento de Pediatría

# SOLICITUD DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO



**Para:** Laboratorio de Metabolopatías Unidade de Detección Precoce Neonatal e Erros Conxénitos do Metabolismo Complexo Hospitalario Universitario de Santiago Choupana, s/n  
15706 Santiago de Compostela

**Tel/Fax:** +34 981 95 01 00 / +34 981 95 01 01

**E-mail:** [met.chus@sergas.es](mailto:met.chus@sergas.es)

NOMBRE DEL  
MÉDICO SOLICITANTE

SERVICIO

HOSPITAL

DIRECCIÓN

C.P.

Localidad

e-mail

Fax

Por favor, asegúrese de completar los datos sobre cada sujeto (sólo familias):

Iniciales o identificación del sujeto	Sexo (V,M)	Fecha de Nacimiento	Fecha de toma de muestra	Prueba solicitada*	Tipo de muestra**

**Sospecha clínica del caso índice:**

Datos más importantes de la **anamnesis e historia clínica del caso índice**. Escriba o adjunte cualquier información que considere de interés y/o que puedan interferir los ensayos (seguimiento de tratamiento, tiempos seriados antes y después de infusión, en un ciclo o varios, medicación, etc.):

\* Prueba solicitada: GAG en orina (MPS), alfa-iduronidasa (MPS I), beta-galactosidasa (MPS IV B, Morquio B), aril-sulfatasa B (MPS VI), otras (consultar)

\*\* Tipo de muestra: sangre u orina impregnada en papel de análisis.

Fecha y firma: