

“Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Congénitas del Metabolismo.
Departamento de Pediatría. IDIS: Fundación Ramón Domínguez.
Hospital Clínico Universitario de Santiago. Universidad de Santiago de Compostela y Servizo Galego de Saúde.”

SOLICITUD DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

PROYECTO
identify

Para:

Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Congénitas del Metabolismo.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela

E-mail:

xxx@xxx.com

NOMBRE DEL
MÉDICO SOLICITANTE

SERVICIO

HOSPITAL

DIRECCIÓN

C.P.

Localidad

e-mail

Fax

EJEMPLAR PARA ENVIAR AL LABORATORIO

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.):

* Pruebas solicitadas: DBS, análisis enzimático en linfocitos y genética.

** Tipo de muestra: sangre en papel de análisis o fase líquida.

Fecha y firma: