

“Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Congénitas del Metabolismo.
Departamentos 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

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: lince.mtbl.santiago@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: determinación enzimática TTP1 (LNC2) y PPT1 (LNC1) (tripeptidil peptidasa 1/palmitoil protein thioesterasa 1)

** Tipo de muestra: sangre impregnada en papel de análisis.

Fecha y firma: