

## Solicitud de estudio genético - Farmacogenética

### 1 Identificación del paciente y datos de la muestra

Paciente

Apellidos, nombre

Fecha de nacimiento

Sexo

V  M

Sangre

Sangre periférica entre 3 y 5 ml en tubos EDTA

Fecha extracción muestra

Saliva

Uso de kit indicado de saliva

Escriba aquí la referencia que aparece en el tubo de la muestra:

ADN\*

Mínimo 5 µg y concentración > 50 ng/mL para ADN procedente de sangre, saliva y tejido (fresco o congelado).

Mínimo 10 µg y concentración > 50 ng/mL para ADN procedente de tejido en parafina.

**\*Especificar el origen del ADN:**

Sangre, sangre congelada, saliva, tejido fresco, tejido congelado, tejido en parafina, etc. :

### 2 Datos del facultativo solicitante

Nombre y apellidos

Teléfono

Correo electrónico

### 3 Personas autorizadas para recibir el informe

Nombre y apellidos

Correo electrónico

para recibir los resultados

Nombre y apellidos

Correo electrónico

para recibir los resultados

En cumplimiento de la legislación española y europea en protección de datos de carácter personal, sólo se enviarán los resultados a las personas debidamente identificadas en la hoja de solicitud.

### 4 Datos para la factura

Hospital / Institución

Paciente particular

Forma de pago:

Transferencia  
bancaria

Tarjeta de  
crédito

Nombre

Hospital o paciente

NIF / DNI

Dirección

Ciudad

Código Postal

País

Teléfono

Correo electrónico

donde Health in Code debe enviar la factura

Persona de contacto

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code. La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos. El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones. Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos. Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, oposición, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte. También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

## 5 Estudio farmacogenético solicitado

Listado de fármacos incluidos en el estudio; tiene la opción de marcar el área que más le interese estudiar.

### Sistema nervioso central: psiquiatría y neurología

Antidepresivos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, SSRIs): citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN, SNRIs): venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetine

Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas o antidepresivos tricíclicos (ATC, TCA): amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina

Otros antidepresivos: mirtazapina, moclobemida, vortioxetina, nefazodona

Antipsicóticos

Antipsicóticos de primera generación (APG, FGA): Haloperidol, zuclopentixol, pimozida, perfenazina

Antipsicóticos de segunda generación (ASG, SGA): Aripiprazol, clozapina, olanzapina, risperidona

Antiepilépticos

Fenitoína, carbamazepina, oxcarbazepina

Simpaticomiméticos de acción central (tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad)

Atomoxetina

Benzodiazepinas

Diazepam, clobazam, brivaracetam

### Antineoplásicos e inmunosupresores

Fluoropirimidinas

5-fluorouracilo, capecitabina

Inhibidores de la topoisomerasa

Irinotecán

Terapia hormonal

Tamoxifeno

Tiopurinas

Azatioprina, mercaptopurina, tioguanina

Inhibidores de la calcineurina

Tacrolimus

Antraciclinas<sup>2</sup>

Doxorrubicina, daunorrubicina

Platinos<sup>2</sup>

Cisplatino

### Sistema cardiovascular

Antiagregantes plaquetarios

Clopidogrel, ticagrelor

Anticoagulantes orales

Acenocumarol<sup>1</sup>, warfarina<sup>1</sup>, apixabán, rivaroxabán

Hipolipemiantes

Atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pitavastatina, simvastatina

Betabloqueantes

Bisoprolol, carvedilol, metoprolol, nebivolol, propranolol

Antiarrítmicos

Amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona

### Analgésicos

Codeína, tramadol, oxicodona

### Sistema endocrino y metabolismo

Antidiabéticos orales

Sulfonilureas: gliclazida, glimepirida, glibenclamida, tolbutamida

Hipouricemiantes

Alopurinol, rasburicasa

Anticonceptivos

Anticonceptivos orales con estrógenos

### Sistema digestivo

Antieméticos antagonistas 5-HT<sub>3</sub>

Ondansetrón, tropisetron

Protectores gástricos (Inhibidores de la bomba de protones)

Esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol

### Enfermedades infecciosas

Antifúngicos

Voriconazol

Antivirales VHC

Peginterferón alfa-2A, peginterferón alfa-2B, ribavirina

Antirretrovirales VIH

Abacavir, atazanavir

<sup>1</sup>Cumplimentar formulario específico para cálculo de dosis mediante algoritmo. <sup>2</sup>Estudio farmacogenético orientado a pacientes pediátricos.

## 6 Datos clínicos

Es recomendable indicar la información terapéutica y clínica para realizar una interpretación individualizada de los hallazgos genéticos. Puede adjuntar un informe clínico del paciente.

Tratamiento farmacológico actual o previsto:

## 7 Declaración de existencia del consentimiento informado

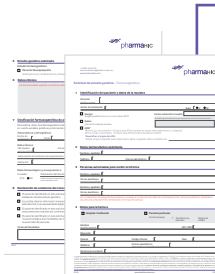
- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) conoce los datos incluidos en la misma y autoriza la realización de este estudio genético.
- Es posible obtener información inesperada en el proceso de análisis de la muestra, para lo cual el paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) ha decidido conocerla.
- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal), autoriza, para que guarde la actual muestra biológica para posteriores estudios y/o confirmaciones.
- El paciente identificado en esta solicitud (o su representante legal) da su consentimiento, para que pueda utilizar la actual muestra biológica para finalidades de investigación aprobadas por el comité ético correspondiente, siempre manteniendo el anonimato del paciente.

Firma del facultativo

Fecha

Los datos personales facilitados en el presente formulario quedan sometidos a la legislación de protección de datos, y en concreto al Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Estos datos que proporcione serán incorporados a ficheros cuyo responsable es Health in Code. La finalidad es el análisis y diagnóstico de enfermedades genéticas. Por su parte, las categorías de datos son los que se recogen en el presente cuestionario a lo que se añadirá el resultado de los mismos. El tratamiento de sus datos personales responde exclusivamente a los fines establecidos anteriormente. Estando legitimada por el consentimiento que expresamente se ha otorgado al aceptar estas condiciones. Sus datos serán conservados durante el tiempo que dure la relación establecida con la entidad y mientras los datos mantengan su labor asistencial, o hasta que ejercite sus derechos de cancelación o supresión. Dichos datos no serán transferidos a terceras personas sin el correspondiente consentimiento previo, ni fuera de los casos expresamente previstos en la legislación de protección de datos. Igualmente, se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación o supresión, a la limitación de su tratamiento o a la portabilidad de datos dirigiéndose a Health in Code, a través de una comunicación escrita a Edificio O Fortín, As Xubias, s/n., Campus de Oza, 15006 A Coruña, España, referencia: "Protección de Datos", adjuntando una copia de su DNI o pasaporte. También tiene usted derecho a presentar su reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

## 8 Requerimientos y envío de la muestra



**SOLICITUD DE ESTUDIO**

La hoja de solicitud, debidamente cumplimentada debe acompañar a la muestra para la realización del estudio genético.

Solicítelo en [atencionalcliente@healthincode.com](mailto:atencionalcliente@healthincode.com)

### RECOGIDA DE MUESTRAS

#### Sangre Periférica\*



3 a 5 ml en tubos con EDTA

#### ADN Genómico\*



NGS > 5-10 µg (A260/280 = 1.8-1.9)  
Sanger > 1 µg (A260/280 = 1.8-1.9)

#### Saliva



Uso del kit indicado para su recogida  
Solicítelo en  
[atencionalcliente@healthincode.com](mailto:atencionalcliente@healthincode.com)

*\*Para plazos de envío superiores a 48 h se recomienda el envío a temperatura controlada (4-8 °C).*

### EMPAQUETADO DE MUESTRAS

Cada recipiente primario (tubo de muestra\*\*) se colocará en un envase secundario (bolsa de plástico sellada o tubo Falcon) que contendrá suficiente material absorbente. Estos recipientes secundarios irán sujetos dentro de un paquete o caja rígida con material amortiguador apropiado.

*\*\*El tubo de muestra debe venir perfectamente identificado con los datos o referencia del paciente.*

### ENVÍO DE MUESTRAS

Programe el envío para que la recepción de la muestra se realice de lunes a jueves de 8:00-17:00 horas.

**HEALTH IN CODE S. L.**

Edificio O Fortín, As Xubias s/n. Campus de Oza. 15006 A Coruña, España

Tel: +34 881 600 003

*Si lo desea, puede solicitar el servicio de recogida de muestras en [atencionalcliente@healthincode.com](mailto:atencionalcliente@healthincode.com)*



### RESULTADO

Recibirá nuestro informe vía:

- Portal de Clientes Health in Code
- Correo electrónico certificado

**NUESTROS ESTUDIOS SIEMPRE INCLUYEN LA POSIBILIDAD DE ASESORAMIENTO PRETEST Y POSTEST**

[atencionalcliente@healthincode.com](mailto:atencionalcliente@healthincode.com) | [consultaclinica@healthincode.com](mailto:consultaclinica@healthincode.com) | +34 881 600 003 | [www.pharmahic.com](http://www.pharmahic.com)