

# SOLICITUD DE ESTUDIOS GENÉTICOS



Código Interno  
(uso exclusivo de DG)

Fecha de Ingreso  
(uso exclusivo de DG)

Cliente / Institución: TUTEUR	E-mail:
Médico solicitante:	Teléfono de contacto:
Institución del Médico:	
País/ciudad/localidad:	

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	Apellido:
Sexo: <b>F</b> <input type="checkbox"/>	Identificación (DNI):
<b>M</b> <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:
	Edad:

## DATOS DE LA MUESTRA

Tipo de Muestra:	Código de Origen:
Día de extracción:	Cantidad Enviada:

## ANÁLISIS SOLICITADO

Secuenciación masiva por NGS y Grandes rearrreglos por MLPA de los genes BRCA1 y BRCA2

## MOTIVO DE LA INDICACIÓN (seleccione opción 1 o 2 y complete los campos 1.1 o 2.1/2.2, según corresponda)

<input type="checkbox"/> 1) Confirmación diagnóstica o sospecha puntual	1.1) Síntomas y edad de inicio de los mismos:	
<input type="checkbox"/> 2) Estudio de mutación familiar	2.1) Paciente índice y parentesco:	2.2) Mutación familiar a analizar:

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NOTA: EL RESPONSABLE DEL ENVÍO ES RESPONSABLE TAMBIÉN POR LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firma \_\_\_\_\_

### URUGUAY

Manuel J. Errazquin 2368 piso 8, Montevideo  
Zonamerica - Ruta 8, Km 17.500  
+598 2712 1212  
consultas.uy@dasa.com.br  
Lunes a viernes de 9 a 18hs  
Atención telefónica de 8.30 a 19.30hs

### ARGENTINA

Marcelo T de Alvear 1978 - CABA  
+54 11 5279 3320  
consultas.ar@dasa.com.br  
Lunes a viernes de 9.00 a 17.00hs

### CHILE

Los Militares 5931 Of 1206  
consultas.cl@dasa.com.br  
Lunes a viernes de 9.00 a 17.00hs

### COLOMBIA

consultas.co@dasa.com.br  
Lunes a viernes de 9.00 a 17.00hs