

CONFIDENCIALIDAD: Los datos personales proporcionados en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado, inscrito en el Registro General de Protección de Datos y cuyo único responsable es GENYCA INNOVA. Análisis y Diagnóstico Genético S.L. Estos datos serán tratados de manera confidencial y bajo secreto profesional, siempre cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y siguiendo las directrices marcadas por la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos de la UNESCO. GENYCA INNOVA cumple con los requisitos vigentes en materia de protección de datos de carácter personal, guardando las medidas de seguridad adecuadas, tanto técnicas como organizativas. GENYCA INNOVA no comunicará ni cederá estos datos a ninguna entidad ni empresa, salvo en aquellos casos estipulados por la Ley. El solicitante puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito a la dirección de GENYCA INNOVA. Con la firma del presente documento los solicitantes dan consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo expuesto en este párrafo, bajo el epígrafe de Confidencialidad.

EJEMPLAR PARA EL LABORATORIO

DATOS DEL FACULTATIVO

NOMBRE _____ **Nº COLEGIADO** _____
ESPECIALIDAD _____ **NIF** _____
CENTRO _____ **TELÉFONO** _____
DIRECCIÓN _____ **CP** _____ **FAX** _____
FIRMA: _____ **FECHA SOLICITUD** _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ **SEXO** H M
DATOS CLÍNICOS A DESTACAR:

DIAGNÓSTICO PERIODONTITIS	
<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Localizada
<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Generalizada
<input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Infección alrededor de implante
<input type="checkbox"/> Recaída	

DATOS DE LA MUESTRA

ETIQUETA IDENTIFICATIVA (por el laboratorio)

ETIQUETA IDENTIFICATIVA (por el laboratorio)

LESIONES MUESTREADAS

Posición _____ Profundidad _____ mm

Posición _____ Profundidad _____ mm

Posición _____ Profundidad _____ mm

Posición _____ Profundidad _____ mm

Estudio de riesgo genético

Posición _____ Profundidad _____ mm

Posición _____ Profundidad _____ mm

SOLICITO RECIBIR EL INFORME DE RESULTADOS

Vía e-mail en la dirección (En cumplimiento de la Ley 15/1999 de Protección de Datos, en el informe constará únicamente el código alfanumérico y no el nombre del paciente): _____
 En papel (plazo de entrega sujeto a servicio de mensajería).
 Solicito recibir nuevos kits de toma de muestras

ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR QUE SE SOLICITA

Susceptibilidad genética a periodontitis: IL-1A e IL-1B.
Patógenos en periodontitis: *Treponema denticola, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsythensis y Prevotella intermedia.*
 Estudio en cada lesión: detección de bacterias en cada posición (4 estudios, 4 resultados) ● ● ● ●
 Estudio completo en cavidad oral: detección de bacterias multiposición (1 estudio, 1 resultado) ● ● ● ● ●

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como médico prescriptor, firmo haber proporcionado toda la información correspondiente al análisis prescrito al paciente, y que éste ha consentido someterse a él firmando el correspondiente consentimiento escrito. Asimismo, reconozco que el paciente ha autorizado al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma completamente anónima.

FIRMA: _____

DATOS DE FACTURACIÓN (si difiere del facultativo)

NOMBRE _____ **NIF/CIF** _____
DIRECCIÓN _____ **LOCALIDAD** _____ **CP** _____
PROVINCIA _____ **TELÉFONO** _____

CADENA DE CUSTODIA DE LA MUESTRA	ENVÍO DE MUESTRA
TOMA DE MUESTRA FECHA _____ HORA _____ TOMA REALIZADA POR _____ ALMACENAMIENTO <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente <input type="checkbox"/> En frigorífico (+4°C) <input type="checkbox"/> En congelador (-20°C) FIRMA: _____	RECEPCIÓN DE MUESTRA FECHA _____ HORA _____ RECEPCIONADO POR _____ DOCUMENTOS ADJUNTADOS <input type="checkbox"/> Consentimiento <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Otros _____ OBSERVACIONES: _____ FIRMA: _____ FECHA DE INFORME _____

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

NIF _____ SEXO Hombre Mujer

FECHA DE NACIMIENTO _____

DATOS CLÍNICOS A DESTACAR:

DIAGNÓSTICO PERIODONTITIS

<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Recaída	<input type="checkbox"/> Localizada <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/> Infección alrededor de implante
---	--

FECHA DE SOLICITUD

DATOS DE LA MUESTRA

ETIQUETA IDENTIFICATIVA
(por el laboratorio)

LESIONES MUESTREADAS

● Posición _____	● Posición _____
Profundidad _____ mm	Profundidad _____ mm
● Posición _____	● Posición _____
Profundidad _____ mm	Profundidad _____ mm
<input type="radio"/> Estudio de riesgo genético	

ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR QUE SE SOLICITA

Susceptibilidad genética a periodontitis: IL-1A e IL-1B.

Patógenos en periodontitis: *Treponema denticola, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsythensis y Prevotella intermedia.*

Estudio en cada lesión: detección de bacterias en cada posición (4 estudios, 4 resultados) ● ● ● ●

Estudio completo en cavidad oral: detección de bacterias multiposición (1 estudio, 1 resultado) ● ● ● ●

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN DE ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR

Usted tiene derecho a conocer al análisis al que va a ser sometido y el presente documento pretende explicarle todas las cuestiones al respecto con el fin de que usted otorgue su consentimiento. Léalo atentamente y consulte con su facultativo todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que el facultativo pueda solicitar esta prueba al laboratorio.

1. PROCEDIMIENTO

Me voy a someter a un análisis genético molecular por prescripción facultativa del Dr./Dra. _____, para el cual apporto muestra biológica sin que suponga ningún riesgo para mi salud. La muestra será remitida al laboratorio asociada a un código alfanumérico que la identifica inequívocamente y garantiza el anonimato de la misma de cara al centro de análisis. De la muestra se va a realizar el aislamiento y análisis del material genético (ADN o ARN), protegiendo durante todo el proceso la confidencialidad y manteniendo una estricta custodia de la información que se origine en todo momento. Será el facultativo que prescribe la prueba, y nunca directamente el laboratorio de análisis, el que comunicará personalmente el resultado, en el contexto del correspondiente asesoramiento genético, según recomienda el Convenio de Oviedo, a mí personalmente y a quien yo autorizase explícitamente, mediante escrito firmado por mí y previa identificación de la persona autorizada (mediante presentación de documento oficial). Asimismo, me reservo el derecho a decidir que dicha información no me sea transmitida, comunicando mi decisión por escrito al facultativo prescriptor de la prueba. Una vez concluidos los procesos de análisis, la muestra quedará convenientemente almacenada en el laboratorio, y podrá ser empleada con finalidad exclusivamente de investigación. El presente documento será custodiado por el facultativo prescriptor.

2. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (para pacientes mayores de 18 años)

Yo, Don/Doña _____, he leído el presente documento, y he comprendido las explicaciones que me ha facilitado el Dr./Dra. _____. Asimismo, se me ha permitido realizar todas las observaciones que he considerado oportunas y me han sido aclaradas todas las dudas y preguntas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que me ocasione perjuicio alguno, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, firmando el apartado número 4 del presente documento. Será el facultativo prescriptor quien presentará la revocación de mi consentimiento al laboratorio, el cual procederá al cese del proceso de análisis genético molecular solicitado. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y las consecuencias de este procedimiento. En tales condiciones, y de forma voluntaria, CONSIENTO que se me realice el análisis de Genética Molecular solicitado y recogido en el formulario de solicitud que, junto con mi muestra, será enviado al centro GENYCA INNOVA (C/Alegría 18, Majadahonda, 28220 Madrid). Asimismo AUTORIZO al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma completamente anónima.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma: EL / LA INTERESADO/A:
D.N.I.:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REALIZACIÓN DE ANÁLISIS GENÉTICO MOLECULAR

3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL (para pacientes menores de 18 años)

Yo, Don/Doña, en calidad de del paciente de nombre, hecho que demuestro mediante presentación del documento oficial que así lo demuestra y de mi documentación de identidad personal al facultativo prescriptor del análisis, he leído el presente documento, y he comprendido las explicaciones que me ha facilitado el Dr./Dra. Asimismo, se me ha permitido realizar todas las observaciones que he considerado oportunas y me han sido aclaradas todas las dudas y preguntas que he planteado. También comprendo que, en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que ocasione perjuicio alguno a mi representado, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, firmando el apartado número 4 del presente documento. Será el facultativo prescriptor quien presentará la revocación de mi consentimiento al laboratorio, el cual procederá al cese del proceso de análisis genético molecular solicitado. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y las consecuencias de este procedimiento. En tales condiciones, y de forma voluntaria, CONSIENTO que se realice al paciente por mí representado el análisis de Genética Molecular solicitado y recogido en el formulario de solicitud que, junto con mi muestra, será enviado al centro GENYCA INNOVA (C/Alegría 18, Majadahonda, 28220 Madrid). Asimismo AUTORIZO al laboratorio a que, una vez concluidos los procesos de análisis, emplee la muestra con finalidad exclusivamente de investigación y de forma completamente anónima.

En, a de de

Firma: EL / LA REPRESENTANTE:
D.N.I.:

4. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Doña, revoco el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al análisis de Genética Molecular solicitado en este documento.

En, a de de

Firma: EL / LA INTERESADO/A:
D.N.I.: