

Formulario de Solicitud (muestras humanas)

Unidad de HISTOPATOLOGÍA

DATOS CNIO (a rellenar por personal CNIO)			
Fecha de recepción:	Hora:	Recibido por:	Nº CNIO:

DATOS PETICIONARIO			
Hospital /Compañía:	Departamento:	Fecha de envío:	
Nombre:	Apellidos:	e-mail:	
Dirección:		Ciudad:	
Provincia:	CP:	Tlfno.:	Fax:

DATOS MUESTRA	
Tipo de muestra: (*) Fijación: FORMOL <input type="checkbox"/> OTROS (especificar) <input type="checkbox"/> : _____ Nº muestras:	Código identificación:
(*)ST: Sección de tejido en porta objetos tratado; BP: Bloque de parafina; MF: Muestra fijada	
Comentarios:	

DATOS PACIENTE			
Nombre:	Apellidos:	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
Nº Historia Clínica: (Obligatorio)	Nº SS: (Opcional)	Comentarios:	

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE	
Diagnóstico:	Tratamiento:
Otros datos de interés:	

DATOS FACTURACIÓN		
Entidad:	Nombre (no repetir si es idéntica información que en Entidad)	NIF/CIF

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección: Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Att Secretaria de Dirección, c/ Melchor Fdez Almagro 3, 28029 MADRID – ESPAÑA.. Con este fin el CNIO está obligado, por Ley, a comunicarle por escrito al paciente la existencia de dicho fichero y la posibilidad de ejercer los derechos anteriormente indicada

Formulario de Solicitud (muestras humanas)

Unidad de HISTOPATOLOGÍA

PRUEBA SOLICITADA
HISTOLOGÍA
<input type="checkbox"/> Procesado tejido <input type="checkbox"/> Decalcificación <input type="checkbox"/> Tinción de Hematoxilina&Eosina <input type="checkbox"/> Tinciones especiales: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ (Consultar e indicar si necesario : http://www.cnio.es/es/servicios/histopatologia/pruebas.aspx)
INMUNOHISTOQUÍMICA
Característica de la muestra: <input type="checkbox"/> Muestras humanas <input type="checkbox"/> Xenoinjerto de células humanas (contactar con la unidad histopatologia@cnio.es)
SOLICITUD: <input type="checkbox"/> Tinción simple. Anticuerpos solicitados: _____ (ver listado de anticuerpos disponible: http://www.cnio.es/es/servicios/histopatologia/anticuerpos.aspx - Si requiere un cromógeno diferente a DAB, por favor, contacte con la unidad histopatologia@cnio.es
<input type="checkbox"/> Puesta a punto de anticuerpo: - Nombre anticuerpo: _____ - Lote: _____ - Casa comercial: _____ - Almacenamiento: _____ - Referencia: _____ - Adjunta hoja técnica: : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIBRIDACIÓN "IN SITU" CROMOGENICA (CISH)
<input type="checkbox"/> EBER <input type="checkbox"/> Lambda <input type="checkbox"/> Kappa <input type="checkbox"/> ALU II <input type="checkbox"/> Otro: _____
MICRODISECCIÓN POR LASER
<input type="checkbox"/> Microdissección en portaobjetos normales <input type="checkbox"/> Microdissección en portaobjetos de membrana N° de células: _____ *Contactar con el servicio para detallar número de tubos, portaobjetos y/o dudas. histopatologia@cnio.es
DIGITALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE IMAGEN
<input type="checkbox"/> Digitación (AxioScan Z1) N° total portaobjetos: _____ <input type="checkbox"/> Campo claro <input type="checkbox"/> Luz polarizada <input type="checkbox"/> Análisis de imagen (contactar con el servicio para más detalles) N° total portaobjetos: _____
PRODUCCIÓN DE TISSUE MICRO ARRAYS (T.M.A.)
<ul style="list-style-type: none"> • Diámetro cilindro: condicionará el número de casos máximos a incluir. Se recomienda que cada cilindro vaya por duplicado. <input type="checkbox"/> 1 mm (máximo 170 (10x17)) <input type="checkbox"/> 2 mm (máximo 70 (7x10)) <input type="checkbox"/> 1.5 mm (máximo 150 (10x15)) <input type="checkbox"/> 3 mm (máximo 40 (8x8)) • Número muestras: _____ (Adjuntar listado de muestras en hoja Excel) • Técnicas adicionales sobre TMA: _____ (*) • Parafinar cortes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (*) Una sección y tinción H&E del TMA incluida en la producción del TMA.
COMENTARIOS
DEVOLUCIÓN DEL EXCEDENTE DE MUESTRA
¿El paciente desea ceder el excedente de su muestra para que sea utilizada con fines de investigación en el CNIO, y así contribuir al desarrollo de los avances en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer? Sí <input type="checkbox"/> El paciente debe recibir, entender y firmar el CI para el uso del excedente de muestra en investigación biomédica (Ley 14/2007), que se encuentra anexo a esta solicitud. No <input type="checkbox"/>