

FORMULARIO DE SOLICITUD (Centros de Investigación)

DATOS CNIO (a rellenar por personal CNIO)

Fecha de recepción:	Hora:	Recibido por:	Nº CNIO:
---------------------	-------	---------------	----------

DATOS PETICIONARIO

Centro:	Departamento:	Fecha de envío:	
Nombre/IP:		e-mail:	
Dirección:		Ciudad:	
Provincia:	C.P.:	Tlf.:	Fax:

DATOS MUESTRA

Tipo de muestra:	
<input type="checkbox"/> Cultivo celular	<input type="checkbox"/> Material fijado (metanol:acético)
<input type="checkbox"/> Pellet de células	<input type="checkbox"/> Material incluido en parafina
<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Código de identificación de la muestra en origen:	

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre Entidad:	Dirección:	NIF:	Firma:
			Fecha:

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 Secretaría 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 (Centros de Investigación)

PRUEBA SOLICITADA					
GRUPO DE CITOGENÉTICA MOLECULAR					
CARIOTIPOS					
<input type="checkbox"/> Líneas celulares			<input type="checkbox"/> hESC/iPSC		
FISH (diseño y elaboración de sondas)					
<input type="checkbox"/> Basadas en BACs			<input type="checkbox"/> Basadas en plásmidos, LV...		
SKY (Spectral Karyotyping)					
<input type="checkbox"/> Humano			<input type="checkbox"/> Ratón		
aCGH (array)					
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA					
Nombre línea celular			Nº de pase		
Tipo celular	<input type="checkbox"/> hESC	<input type="checkbox"/> iPSC	<input type="checkbox"/> Otro:	[DNA]	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Desconocido	Otros datos	
TIPO DE ARRAY					
<input type="checkbox"/> Humano 8x60k		<input type="checkbox"/> Humano 4x180k		<input type="checkbox"/> Ratón 4x180k	
CRISPR-Cas9					
Diseño sgRNA (cantidad): <input type="text"/>		Clonaje sgRNA (cantidad): <input type="text"/>		Validación en células HEK293:	
<input type="checkbox"/> KO		<input type="checkbox"/> Vector LV		<input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Deleción		<input type="checkbox"/> Plásmido de expresión		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> KI	<input type="checkbox"/> Diseño ssODN	<input type="checkbox"/> Otros (indicar):			
COMENTARIOS					
DEVOLUCIÓN DEL EXCEDENTE DE MUESTRA					
<input type="checkbox"/> SÍ		¿El investigador desea recuperar el excedente de su muestra?		NO <input type="checkbox"/>	

Dra. Sandra Rodríguez Perales
Grupo de Citogenética Molecular
srodriguezp@cnio.es