

# FORMULARIO DE SOLICITUD ( Hospitales )

## DATOS CNIO (a rellenar por personal CNIO)

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

## DATOS PETICIONARIO

Compañía / Hospital:		Departamento:	Fecha de envío:
Nombre:	Apellidos:		e-mail:
Dirección:		Ciudad:	
Provincia:	C.P.:	Tlf.:	Fax:

## DATOS PACIENTE

Nombre:	Apellidos:	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Compañía Seguros:
Fecha de nacimiento:	Nº Historia Clínica:	Nº SS:	Nº Poliza:
Dirección:	Ciudad:	Provincia:	Código Postal:

## DATOS MUESTRA

Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Médula ósea <input type="checkbox"/> Sangre periférica <input type="checkbox"/> Tejido parafinado <input type="checkbox"/> Otros (especificar):	Modo de obtención: <input type="checkbox"/> Punción/Aspirado medular <input type="checkbox"/> Punción venosa <input type="checkbox"/> Otros (especificar):	Fecha de extracción:
		Código/ Identificación de la muestra en Origen:

## DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Diagnóstico:	Tratamiento:
Resumen Historia Clínica / Antecedentes o adjuntar a este documento toda la información clínica pertinente:	

## 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 ( Hospitales )

PRUEBA SOLICITADA		
GRUPO DE CITOGÉNÉTICA MOLECULAR		
<b>CARIOTIPOS</b>		
<input type="checkbox"/> Cariotipo en médula ósea (*)		(*) Enviar 3-5 ml de MO/SP con heparina de litio
<input type="checkbox"/> Cariotipo en sangre periférica (*)		
<input type="checkbox"/> Cariotipo de líneas celulares		
<input type="checkbox"/> Cariotipo de hESC/iPSC		
<input type="checkbox"/> Cariotipo de tejido sólido (**)		
<b>FISH</b>		
<input type="checkbox"/> Sobre Material de Citogenética (metanol:acético)	<input type="checkbox"/> Sobre biopsia fijada y parafinada o congelada	
<b>FISH de alteraciones HEMATOLÓGICAS</b>		
<b>DELECCIONES y AMPLIFICACIONES</b>	<b>TRANSLOCACIONES</b>	
<input type="checkbox"/> Deleción 5q	<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>MLL</i> (11q24)	<input type="checkbox"/> LLC: +12/del(13q) del(11q)/del(17p)
<input type="checkbox"/> Deleción 7q		
<input type="checkbox"/> Deleción 13q	<input type="checkbox"/> t(8;21) <i>AML1/ETO</i>	<input type="checkbox"/> Mieloma múltiple (separación de células CD138+): <i>IGH/TP53</i> t(4;14) <i>IGH/FGFR3</i> t(11;14) <i>IGH/BCL1</i>
<input type="checkbox"/> Deleción 17p ( <i>TP53</i> )	<input type="checkbox"/> t(9;22) <i>BCR/ABL</i>	
<input type="checkbox"/> Deleción 20q	<input type="checkbox"/> t(12;21) <i>TEL/AML1</i>	
	<input type="checkbox"/> t (15;17) <i>PML/RARA</i>	
<input type="checkbox"/> Trisomía 8	<input type="checkbox"/> inv(16) <i>CBFβ</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Otras sondas</b> (indicar):		
<b>FISH de alteraciones en TUMORES SÓLIDOS</b>		
<b>GENERALES</b>	<b>SARCOMAS</b>	
<input type="checkbox"/> Amplificación <i>HER2/NEU</i>	<input type="checkbox"/> <i>BCL6</i>	
<input type="checkbox"/> Co-deleción 1p/19q	<input type="checkbox"/> <i>EWSR1</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>ALK</i> (2p23)	<input type="checkbox"/> <i>FKHR (FOXO1A)</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>BCL1</i> (11q13)	<input type="checkbox"/> <i>FUS</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>BCL2</i> (18q21)	<input type="checkbox"/> <i>PDGFB</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>BCL6</i> (3q27)	<input type="checkbox"/> <i>NMYC</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>IgH</i> (14q32)	<input type="checkbox"/> <i>SYT</i>	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>MALT1</i> (18q21)	<input type="checkbox"/> <b>Otras sondas</b> (indicar):	
<input type="checkbox"/> Reordenamiento <i>cMYC</i> (8q34)		
<b>aCGH</b>		
<input type="checkbox"/> Humano 60k	<input type="checkbox"/> Humano 180k	<input type="checkbox"/> Ratón 180k
<b>SKY (Spectral Karyotyping)</b>		<b>ESTUDIO DE FRAGILIDAD (DEB)</b>
<input type="checkbox"/> Humano	<input type="checkbox"/> <b>NOTA:</b> para este tipo de estudio se precisa el envío de una <u>muestra control pareada de edad y sexo</u> . Enviar los <u>lunes</u> o los <u>martes</u> . Son necesarios 3-5 ml de MO/SP con heparina de litio.	
<input type="checkbox"/> Ratón		

# FORMULARIO DE SOLICITUD ( Hospitales )

## PRUEBA SOLICITADA

### GRUPO DE CITOGÉNÉTICA MOLECULAR

#### PRUEBAS MOLECULARES

Detección de **REORDENAMIENTOS y MUTACIONES** (enviar 3-5 ml de MO/SP con EDTA)

PCR CUANTITATIVA	SECUENCIACIÓN
<input type="checkbox"/> AML1-ETO, translocación t(8;21)	<input type="checkbox"/> Mutaciones BCR/ABL
<input type="checkbox"/> PML-RARA, translocación t(15;17)	<input type="checkbox"/> Mutaciones KIT
<input type="checkbox"/> MYH11-CBFB, inversión 16	<input type="checkbox"/> Mutaciones EGFR
<input type="checkbox"/> BCR-ABL, translocación t(9;22) p210 & p190	<input type="checkbox"/> Mutaciones PDGFRA
<input type="checkbox"/> BCL2- IGH, translocación t(14;18)	<input type="checkbox"/> Mutaciones GATA1
<input type="checkbox"/> Mutaciones JAK2	<input type="checkbox"/> Mutaciones KRAS
<input type="checkbox"/> Amplificación cMET	<input type="checkbox"/> Mutaciones BRAF
<b>PCR</b>	<input type="checkbox"/> Mutaciones JAK2 (ex12 y14)
<input type="checkbox"/> Reordenamientos IGH	<input type="checkbox"/> Mutaciones NPM1
<input type="checkbox"/> Reordenamientos IGK	<input type="checkbox"/> Mutaciones PI3KCA
<input type="checkbox"/> Reordenamientos TCRγ	<input type="checkbox"/> Mutaciones NRAS
<input type="checkbox"/> Reordenamientos TCRβ	<input type="checkbox"/> Mutaciones MPL
<input type="checkbox"/> Inestabilidad de microsatélites	<input type="checkbox"/> Mutaciones PTEN
<input type="checkbox"/> Mutaciones FLT3	<input type="checkbox"/> Mutaciones AKT1
	<input type="checkbox"/> Mutaciones PTEN
	<input type="checkbox"/> Mutaciones AKT1
	<input type="checkbox"/> Mutaciones IDH1 e IDH2
	<input type="checkbox"/> Mutaciones CEBPA
	<input type="checkbox"/> Mutaciones CALR
	<input type="checkbox"/> Mutaciones WT1
	<input type="checkbox"/> Mutaciones TP53
	<input type="checkbox"/> Mutaciones MYD88
	<input type="checkbox"/> Mutaciones TET2

#### 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** El paciente o la persona que autoriza debe recibir, entender y firmar el CI para el uso del excedente de muestra en **NO**   
investigación biomédica (Ley 14/2007), que se encuentra anexo a esta solicitud.

**Dra. Sandra Rodríguez Perales**  
Grupo de Citogenética Molecular  
[srodriguezp@cnio.es](mailto:srodriguezp@cnio.es)