

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO ONCOGENÉTICO

Fecha: __/__/__

Nombre de la paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años Sexo: _____

MÉDICO SOLICITANTE (Centro Oncogenético)

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

MÉDICO TRATANTE

Nombre _____

Especialidad _____

SÍNDROME DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA

Cumple criterios de inclusión para:

- | | |
|---|--|
| ☐ Cáncer de mama | ☐ Síndrome de Li-Fraumeni |
| ☐ Cáncer de próstata | ☐ Síndrome de Lynch |
| ☐ Cáncer colorrectal | ☐ Poliposis digestiva |
| ☐ Cáncer de ovario | |
| ☐ Cáncer de riñón | |

PROCEDIMIENTO REALIZADO

MSI: ☐ No ☐ Si

Resultado: ☐ Bajo ☐ Estable ☐ Alto

Secuenciación Sanger: ☐ No ☐ Si

Resultado: ☐ Alterado ☐ No alterado

Panel multigénico: ☐ No ☐ Si

Resultado: ☐ Patogénico ☐ No patogénico ☐ Variantes de significado incierto

MLPA: ☐ No ☐ Si

Resultado: ☐ Alterado ☐ No alterado ☐ Variantes de significado incierto

Derivación de muestras al exterior: ☐ No ☐ Si

Lugar _____

Causa de derivación _____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA