SOLICITUD DE SERVICIOS

#Solicitud: _____ #Muestra: _____

Instrucciones: Por favor, lea y llene con **letra legible** todos los campos; **son obligatorios**.
La falta de información puede retrasar el análisis de la muestra.

centraladn

Datos del solicitante

Nombre (Empresa/ Nombre y Apellidos): _____

Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Información del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F

Motivo del análisis: _____

Datos de la muestra

Tipo de muestra: Hisopado Cepillado Sangre Especifique otro: _____

Sitio anatómico de toma: _____ Fecha de toma de muestra: _____

Seleccione el tipo de estudio

Urología/Ginecología/ Obstetricia

- ◯ VPH (Virus del papiloma humano) 18 VPH-AR y 6 VPH-BR.
- ◯ ETS Básico: *Candida spp; Ureaplasma spp; Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma spp;* Virus Herpes tipo 1 y 2.
- ◯ ETS Complementario: Virus Herpes tipo 1 y 2, Virus del molusco contagioso, *Klebsiella spp; Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Haemophilus spp; Staphylococcus aureus.*
- ◯ ETS Completo (básico + complementario)
- ◯ Panel de Enfermedad Pélvica Inflamatoria: *Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, Atopobium vaginae.*
- ◯ Detección de *Chlamydia trachomatis*

Enfermedades Infecciosas

- ◯ TROPICALTEST de vector: Zika, Dengue, Chikungunya
- ◯ Detección de *Mycobacterium tuberculosis.*
- ◯ Encefalitis herpética: Herpes virus simple 1 Y 2

Oncogenómica

- ◯ Genes BRCA 1 y 2 (Secuenciación e INDELS).
- ◯ Panel hereditario de 32 genes para riesgo de cáncer de mama, ovario, endometrio, páncreas, colon, renal.

Farmacogenómica

- ◯ Tamizaje metabólico Multifarmacia PGT: qué tipo de medicamentos son los más apropiados para un paciente.

Biología de la reproducción

- ◯ MaterniT Genome: analiza por completo los 23 pares de cromosomas fetales.
- ◯ Tamiz Neonatal Genómico BabyGenes. Diagnóstico de 71 condiciones metabólicas.

Nutrición y bienestar

- ◯ Brain Power: analiza tu predisposición genética para desarrollar alzheimer, parkinson, depresión, entre otros.

Si usted requiere otro estudio, consulte el catálogo de servicios en extenso 2019.

Nombre del análisis: _____

Consentimiento: Autorizo a Central ADN S.A. de C.V., llevar a cabo los estudios solicitados en este formato y acepto las condiciones y términos de la empresa. La toma de las muestras es ajena a Central ADN; por lo tanto, el análisis estará condicionado a su viabilidad al ser recibidas en el laboratorio. Del mismo modo, autorizo que el material genético (ADN/ARN) sobrante sea utilizado en investigación y fines de control y mejoramiento de la calidad de las pruebas en salud humana, siempre que sea anonimizada por Central ADN S.A. de C.V. Comprendo que, mi muestra (células, biopsia o líquido corporal) será desechada 1 mes posterior a la emisión del resultado.

Nombre y firma del Solicitante y/o Paciente o tutor: _____ Fecha: _____

**En caso de ser menor de edad, por favor, se requiere firma del padre o tutor o adjuntar la solicitud del médico tratante o carta responsiva.*

LABORATORIO CENTRAL ADN: Antigua Carretera a Pátzcuaro Km 2 Col. Ex Hacienda San José de la Huerta C.P. 58341, Morelia, Michoacán. **Tel 4433201140. www.centraladn.com**