

Petionario de análisis

PRUEBAS DE ALTO VALOR (PAV)

* Campos obligatorios

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN ESPECIALISTA / CENTRO SOLICITANTE	
Nombre y apellidos: *		Centro/Hospital:	
DNI: *	Sexo: * <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Solicitante:	
Fecha de nacimiento: * / / (día/mes/año)		Nº de colegiado:	Teléfono:
Email: *	Teléfono: *	Email:	
Dirección:		Dirección:	
PAÍS: *		PAÍS:	
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA			
Número de muestra: *	Fecha de obtención: * / / (dd/mm/aaaa)	Hora:	
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE			
OBSERVACIONES: *			
DATOS DE FACTURACIÓN			
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Sociedad médica <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Marcar prueba(s) solicitada(s)

NUTRICIÓN					
<input type="checkbox"/> PEA3	A200 INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS*	<input type="checkbox"/> DAOPLUS	TEST ACTIVIDAD DAO*	<input type="checkbox"/> VEGA	PERFIL VEGANO
<input type="checkbox"/> ISAC	ISAC (IgE 112 alérgenos)	<input type="checkbox"/> DAOGEAC	TEST GENÉTICO + ACTIVIDAD DAO*	<input type="checkbox"/> VEGE	PERFIL VEGETARIANO
<input type="checkbox"/> RT20	ESTUDIO 20 IgE ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> NHBA	WELLNESS CHECK*	<input type="checkbox"/> AGER	GRASAS ALIMENTARIAS (eritrocitos)
<input type="checkbox"/> DAOGEN	TEST GENÉTICO DE DAO*	<input type="checkbox"/> DCSI	TEST NUTRICIONAL AVANZADO*	<input type="checkbox"/> MNTP	MINERAL HAIR (23 nutrientes+tóxicos)
PERFILES SALUD MP					
<input type="checkbox"/> CHMB	CHEQUEO COMPLETO HOMBRE	<input type="checkbox"/> PGHM	PERFIL HORMONAL AVANZADO MUJER	<input type="checkbox"/> MESO	ESTROBALANCE
<input type="checkbox"/> CHMJ	CHEQUEO COMPLETO MUJER	<input type="checkbox"/> ITS	PERFIL ITS COMPLETO	<input type="checkbox"/> POPR	PERFIL OSTEOPOROSIS
<input type="checkbox"/> PHBH	PERFIL HORMONAL BÁSICO HOMBRE	<input type="checkbox"/> ITSB	PERFIL ITS BÁSICO	<input type="checkbox"/> VITD	PERFIL VITAMINA D
<input type="checkbox"/> PGHH	PERFIL HORMONAL AVANZADO HOMBRE	<input type="checkbox"/> PVNO	CHEQUEO SALUD Y BIENESTAR	<input type="checkbox"/> CINM	TEST REFUERZO INMUNITARIO
<input type="checkbox"/> PHMU	PERFIL HORMONAL BÁSICO MUJER	<input type="checkbox"/> PVNA	CHEQUEO SALUD Y BIENESTAR +IgG SARS-CoV-2		
SALUD DIGESTIVA					
<input type="checkbox"/> PEIN	PERMEABILIDAD INTESTINAL	<input type="checkbox"/> G4168	FRUCTOSA TEST (genética)*	<input type="checkbox"/> MYBIO	myBIOME**
<input type="checkbox"/> G03095	LACTOSA TEST (genética)*	<input type="checkbox"/> INTOL	INTOLERANCE2*	<input type="checkbox"/> PMETIN	GUTSCREEN
<input type="checkbox"/> LACTE	LACTEST				
SALUD Y BIENESTAR					
<input type="checkbox"/> OWL	OWLIVER*	<input type="checkbox"/> PPAT	PODER ANTIOXIDANTE TOTAL	<input type="checkbox"/> ACSI	TEST ENVEJECIMIENTO SALUDABLE*
<input type="checkbox"/> BIOM	ALTERACIONES DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/> PEEA	VALORACIÓN DEL ESTRÉS	<input type="checkbox"/> MTXP	MINERAL HAIR (5 metales tóxicos)
<input type="checkbox"/> BRCO	BIORRITMO DE CORTISOL	<input type="checkbox"/> VISI	VITAL*	<input type="checkbox"/> DM2PR	DIABETESpredict*
<input type="checkbox"/> TELCRI	LONGITUDTELOMÉRICA*				

Peticionario de análisis

PRUEBAS DE ALTO VALOR (PAV)

PEDIATRÍA		
<input type="checkbox"/> ARPOS ARRAY POSTNATAL*	<input type="checkbox"/> G9996 EXOMA COMPLETO HD TRIO*	<input type="checkbox"/> G03104 PANEL NEONATAL ENF. METABÓLICAS*
FARMACOGENÉTICA		
<input type="checkbox"/> G1800 FGBASIC*	<input type="checkbox"/> G1810 FG NEURODEPRESIÓN*	<input type="checkbox"/> G1818 FG ONCOMETOTREXATO*
<input type="checkbox"/> G1805 FG CARDIOARRITMIA*	<input type="checkbox"/> G1811 FG NEUROPSICOSIS*	<input type="checkbox"/> G1819 FG ONCOTIOPURINAS*
<input type="checkbox"/> G1803 FG CARDIOHIPERTENSIÓN*	<input type="checkbox"/> G1809 FG NEURO ANSIEDAD E INSOMNIO*	<input type="checkbox"/> G1820 FG ONCO5-FU (CAPECITABINA)*
<input type="checkbox"/> G1804 FG CARDIOVASCULAR*	<input type="checkbox"/> G1813 FG NEUROEPILEPSIA*	<input type="checkbox"/> G1821 FG ONCOCISPLATINO*
<input type="checkbox"/> G1802 FG CARDIO (COMPLETO)*	<input type="checkbox"/> G1817 FG ONCOTAMOXIFENO*	
<input type="checkbox"/> G1822 FG ONCOLAPATINIB*	<input type="checkbox"/> G1823 FG ONCO IRINOTECAN*	
CARDIOVASCULAR		
<input type="checkbox"/> CARDIO CARDIOSCORE*	<input type="checkbox"/> IOM32AG ÍNDICE OMEGA-3	<input type="checkbox"/> OLIC PERFIL CARDIOVASCULAR
<input type="checkbox"/> CARDIOG CARDIOGEN*	<input type="checkbox"/> LPSC LIPOSCALE	<input type="checkbox"/> THROMBO THROMBOINCODE HEMATO*
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		
<input type="checkbox"/> G06056 PRECONCEPTION FOCUS	<input type="checkbox"/> NB2 neoBona GENOMEWIDE*	<input type="checkbox"/> RHDF RH FETAL SANGRE MATERNA*
<input type="checkbox"/> G06058 PRECONCEPTION OPTIMIZED	<input type="checkbox"/> PCPE CRIBADO PREECLAMPSIA*	<input type="checkbox"/> SF SEXO FETAL*
<input type="checkbox"/> G06060 PRECONCEPTION UNIVERSAL	<input type="checkbox"/> DTPE DETECCIÓN PREECLAMPSIA*	<input type="checkbox"/> THROMBO2 THROMBOINCODE SALUD REPRODUCTIVA*
<input type="checkbox"/> NBB neoBona*	<input type="checkbox"/> DMGPR GDMpredict*	<input type="checkbox"/> AMMV MICROBIOTAVAGINAL*
INMUNOLOGÍA		
<input type="checkbox"/> PILS PERFIL INTERLEUCINAS	<input type="checkbox"/> PEPR PERFIL PROTEICO AMPLIADO	<input type="checkbox"/> EAIL ESTUDIO AMPLIADO DE INMUNOFENOTIPO LINFOCITARIO
<input type="checkbox"/> PILP PERFIL PROTEICO BÁSICO	<input type="checkbox"/> PESE PERFIL SEROLÓGICO	
MEDICINA DEPORTIVA		
<input type="checkbox"/> CHDC CHEQUEO DEPORT. COMPLETO	<input type="checkbox"/> CHDA CHEQUEO DEPORT. AVANZADO	<input type="checkbox"/> SCS I TEST DEPORTIVO AVANZADO*
MEDICINA LEGAL		
<input type="checkbox"/> PERGEN HUELLA GENÉTICA*	<input type="checkbox"/> PATER1 TEST PATERNIDAD* (con cadena de custodia)	<input type="checkbox"/> PATER3 TEST PATERNIDAD PRENATAL* (con cadena de custodia)
<input type="checkbox"/> PATER2 TEST PATERNIDAD* (sin cadena de custodia)	<input type="checkbox"/> MPATER ANÁLISIS DE ADN MATERNO*	
ONCOLOGÍA		
<input type="checkbox"/> ONCTYMA ONCOTYPE MAMA	<input type="checkbox"/> STHLM3 STOCKHOLM3*	<input type="checkbox"/> ELCDT EarlyCDT LUNG
<input type="checkbox"/> BR16 BRCA+16	<input type="checkbox"/> G15079 BLADDER EPICHECK*	<input type="checkbox"/> SEPT SEPTINA9
<input type="checkbox"/> G15038 PROSIGNA		

*Prueba con peticionario específico

**Prueba con cuestionario específico

De conformidad con el GDPR (UE) 2016/679, la LOPDGDD 3/2018 y la ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del paciente, le informamos que deberá FIRMAR el documento DE CONSENTIMIENTO INFORMADO "RECOGIDA DE MUESTRAS / ENTREGA DE RESULTADOS" así como un DOCUMENTO ESPECÍFICO PARAPRUEBAS GENÉTICAS, o algún documento equivalente que le faciliten en el centro, en el que se especifique claramente quién es el responsable de la protección de sus datos, así como el uso que se va a hacer de ellos y en el que se mencionan sus derechos