



Solicitud de información o programación de citas para toma de muestras, comuníquese al teléfono 6366352 / 3138689089  
3022585813 o escribanos al correo electrónico [servicioalcliente@gencellpharma.com](mailto:servicioalcliente@gencellpharma.com)

**DATOS DEL PACIENTE****FECHA RECEPCION**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Identificación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico convenio: \_\_\_\_\_  
Tiene Cáncer: Sí  No  Edad de Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Motivo de solicitud del estudio: \_\_\_\_\_  
Antecedente Familiar: \_\_\_\_\_

**ID PACIENTE**

Convenio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Zona: \_\_\_\_\_  
Estudio Solicitado: \_\_\_\_\_

**TOMA DE MUESTRA**

Fecha y hora de la toma: \_\_\_\_\_  
Instituto que entrega la muestra: \_\_\_\_\_  
Responsable de la toma de la muestra: \_\_\_\_\_  
Responsable de entrega de muestra a GP: \_\_\_\_\_  
Cantidad: \_\_\_\_\_ Tipo de muestra: \_\_\_\_\_

**PROCESO DE EXTRACCIÓN ADN**

Fecha: \_\_\_\_\_ Kit: \_\_\_\_\_  
Responsable: \_\_\_\_\_  
Cuantificación:  
ng/ul: \_\_\_\_\_ 260/280: \_\_\_\_\_ 260/230: \_\_\_\_\_  
Cantidad enviada: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DEL MATERIAL DE PATOLOGÍA POR GENCELL PHARMA**

Fecha de recepción del material de patología por GENCELL PHARMA: \_\_\_\_\_  
Responsable de GENCELL PHARMA que recoge el material de patología: \_\_\_\_\_  
Cantidad de bloques entregados: \_\_\_\_\_ Institución que entrega el material a estudio: \_\_\_\_\_  
Referencia bloques: \_\_\_\_\_  
Responsable del laboratorio que entrega el material de patología: \_\_\_\_\_

Recepción y Registro  
Auxiliar de Referencia

**SELLOS O CODIGOS DE IDENTIFICACION DEL ENVIO****STIKER****NR**

REMITIDO AL LABORATORIO

ENVIADOS APROCESO:

ID BLOQUE

1: \_\_\_\_\_

ID BLOQUE

2: \_\_\_\_\_

ID BLOQUE

3: \_\_\_\_\_

ID BLOQUE

4: \_\_\_\_\_

ID BLOQUE

5: \_\_\_\_\_

N° Guía de envío: \_\_\_\_\_ Código de facturación: \_\_\_\_\_  
Fecha de envío a proceso: \_\_\_\_\_ Fecha entrega de resultados: \_\_\_\_\_

Gestión de Envíos  
Auxiliar de Referencia

Contabilidad

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS GENÉTICOS Y MOLECULARES



I-GP-016-F01

Versión 03

Vigencia: 2017-02-25

Página 2 de 2

Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento	
Número de Identificación		Número de teléfono	
Estudio solicitado			

**Los datos obtenidos en este estudio son confidenciales y deben ser manejados sobre la base de principios estrictos de privacidad**

El laboratorio Gencell Pharma estará encargado del procesamiento de su muestra para la realización del ESTUDIO GENÉTICO Y/O MOLECULAR solicitado por su médico tratante. Nos gustaría que tuviera en cuenta algunas observaciones:

El análisis genético está diseñado para estudiar, mediante métodos de genética molecular, las características del material genético (ADN) que pueden ser la causa de la enfermedad existente o sospechada en usted u otros miembros de su familia. El material de estudio utilizado es **una muestra de sangre**, obtenida por punción venosa, la cual representa un riesgo mínimo, que puede incluir el enrojecimiento del área de la piel donde se toma la muestra y ocasionalmente la acumulación de sangre (hematoma) en el sitio de punción.

Los resultados de este estudio genético puede incluir el hallazgo de una variante genética que ya ha sido descrita como causa de una enfermedad genética, en cuyo caso el resultado obtenido es muy confiable. Sin embargo, es posible no encontrar una causa de la enfermedad, a pesar de que existan cambios genéticos responsables de la misma, lo que implica que la enfermedad no pueden ser excluida. En ocasiones, las variantes genéticas que se detectan tienen un significado clínico desconocido, lo que significa que no existe en el momento suficiente información para concretar si es la causa o no de la enfermedad. Estas variantes son reportadas y detalladas en el informe de resultados.

N°	Al firmar este consentimiento, declaro que:	SI	NO
1	He recibido la información de mi especialista sobre la indicación, propósito, características, riesgos potenciales del estudio molecular de mi muestra y/o la de mi hijo(a).		
2	He recibido, leído y entendido la explicación del alcance de los estudios genéticos y sus posibles resultados		
3	La información personal y médica que he proporcionado es verídica y fiable.		
4	Comprendo que es posible que se me solicite una nueva extracción de sangre para repetir la prueba.		
5	Comprendo y acepto que el equipo clínico pueda ponerse en contacto conmigo para solicitarme datos clínicos adicionales.		
6	Comprendo el propósito y las limitaciones de la prueba, en particular que podrían no detectarse mutaciones que afecten a regiones intrónicas, mutaciones por inserción/delección de 10 nucleótidos ó más.		
7	Entiendo que el uso de los resultados de esta prueba podría contribuir a mejorar el análisis de la prueba y al conocimiento de mi condición o la de mi hijo(a) o representado. Por ello, <b>doy mi consentimiento</b> para que la información de los datos clínicos y de los resultados obtenidos de la prueba puedan usarse por mi médico y/o el laboratorio Gencell Pharma, en particular si se identificaran mutaciones o variantes genómicas, con propósitos de auditoría, estudios de calidad, investigación o para su publicación en bases de datos. Esta información será siempre anónima e inidentificable. Así mismo, cualquier información personal mía o de mi hijo(a) o representado será eliminada de cualquier informe o publicación.		
<b>SOLO DILIGENCIAR SI SE VA A REALIZAR UN ESTUDIO DE EXOMA CLINICO O EXOMA TRIO</b>			
8	Mediante la realización de esta prueba se puede obtener información genética del individuo estudiado o sobre los miembros de su familia no relacionada con la preocupación médica para la cual esta prueba ha sido solicitada. <u>Deseo que se me informen</u> aquellos hallazgos incidentales que corresponde a variantes patogénicas ó probablemente patogénicas que afecten a alguno de los genes seleccionados por el Colegio Americano de Genética Médica, debido a su importancia.		

**Firmando este documento, doy mi consentimiento para realizar el ESTUDIO MOLECULAR solicitado por mi médico tratante bajo las condiciones admitidas anteriormente.**

Nombre y cédula del Paciente, Padre o Acudiente

Firma



Línea de atención: (+571) 742 59 61 - 636 6352 - Cel: (+57) 3138689089  
 Cra. 27 83 16 - El Polo  
 Cra. 18 N° 84-11 Consultorio 602 - Edificio Country Park  
 info@gencellpharma.com / www.gencellpharma.com  
 Bogotá D.C. - Colombia