

# Formulario de solicitud de análisis

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (El paciente debe ser mayor de 18 años de edad)						
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Teléfono	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Sexo biológico <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Ascendencia judía <input type="checkbox"/> Otra:	
INFORMACIÓN SOBRE LAS MUESTRAS*						
Tipo(s) <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva			<input type="checkbox"/> Enviar al paciente el kit para saliva**		<input type="checkbox"/> Antecedentes personales de trasplante alógeno de médula ósea o de células madre periféricas	
Fecha de recolección	ID de la muestra			N.º de historia clínica		
*La sangre o saliva de los pacientes que tengan enfermedades hematológicas activas o recientes se someterán a exámenes adicionales y, en algunos casos, quizás no sean aceptadas. En estas circunstancias se prefiere un cultivo de fibroblastos o tejido normal recién obtenido/congelado. Para saber más detalles, visite <a href="http://ambrygen.com/specimen-requirements">ambrygen.com/specimen-requirements</a> . **Si se marca esta casilla y envía el formulario lleno, se enviará un kit para saliva al paciente a la dirección especificada arriba. El paciente podrá enviar una muestra de saliva directamente a Ambry para el análisis.						
MÉDICO SOLICITANTE/CENTRO REMITENTE (Cada persona indicada recibirá una copia del informe)						
Nombre del centro (código del centro)		Dirección	Ciudad	Estado/país	Código postal	Teléfono
Nombre del proveedor autorizado solicitante (apellido, nombre) (código)			Identificador nacional del proveedor	Teléfono	Fax	Correo electrónico
Otros destinatarios de los resultados						
Nombre del asesor genético u otro proveedor de atención médica (apellido, nombre) (código)			Teléfono/fax/correo electrónico			
ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE						
<b>Los pacientes deben ser mayores de 18 años de edad y tener antecedentes familiares de amiloidosis por transtiretina (ATTR) hereditaria O tener al menos 2 de las siguientes manifestaciones/síntomas clínicos asociados a la enfermedad.</b> ¿Tiene el paciente antecedentes familiares de amiloidosis hereditaria por transtiretina (hATTR)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El paciente desconoce						
<b>LISTA DE SÍNTOMAS (Marque si el paciente ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes manifestaciones clínicas e indique la edad de inicio de los síntomas).</b>						
<input type="checkbox"/> Disfunción sensorial (p. ej., entumecimiento y hormigueo en los pies y/o las manos, sensibilidad al dolor y temperatura, dolor en las extremidades); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Síndrome del túnel del carpo bilateral; <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			
<input type="checkbox"/> Disfunción motora (p. ej., debilidad muscular, trastornos del equilibrio, dificultad para caminar); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Estenosis de la columna lumbar; <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			
<input type="checkbox"/> Disfunción autonómica (p. ej., hipotensión ortostática, saciedad temprana, náuseas y vómitos, cambios en la motilidad GI, disfunción eréctil, disfunción vesical); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Pérdida de peso involuntaria; <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			
<input type="checkbox"/> Trastornos gastrointestinales (diarrea o estreñimiento que no responden al tratamiento típico, o episodios alternados de diarrea / estreñimiento); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Recaptación del marcador radioactivo miocárdico ( <sup>99m</sup> Tc-PYP/DPD/HMDP) en la gammagrafía ósea y ausencia de una proteína monoclonal en el suero o la orina; <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			
<input type="checkbox"/> Cardiopatía (p. ej., falta de aliento, edema, fatiga, palpitaciones y arritmias); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Confirmación histológica y tipificación del amiloide TTR; <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			
<input type="checkbox"/> Trastornos renales (proteinuria o insuficiencia/falla renal); <b>Edad de inicio del síntoma:</b> _____			<input type="checkbox"/> Otro/a _____ ¿Cuántos médicos ha consultado el paciente por esta afección, aproximadamente? _____			
MARQUE PARA PEDIR	NOMBRE DEL ANÁLISIS	CÓDIGO DEL ANÁLISIS	N.º DE GENES	LISTA DE GENES		
<b>Seleccione por favor solo una prueba.</b>						
<input type="checkbox"/>	Amiloidosis por transtiretina	1560	1	TTR		
<input type="checkbox"/>	CardioNext (incluye TTR)	8911	92	TTR, ABCC9, ACTC1, ACTN2, ALMS1, ALPK3, AKAP9, ANK2, ANKRD1, BAG3, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, CAV3, CRYAB, CSRP3, DES, DMD, DOLK, DSC2, DSG2, DSP, EMD, EYA4, FHL1, FKRP, FLNC, FKTN, FXN, GATA4, GATAD1, GLA, GPD1L, HCN4, JAG1, JPH2, JUP, KCND3, KCNE1, KCNE2, KCNE3, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNJ8, KCNQ1, LAMA4, LAMP2, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH6, MYH7, MYL2, MYL3, MYOZ2, MYPN, NEXN, NKX2-5, PKP2, PLN, PRKAG2, PTPN11, RAF1, RBM20, RIT1, RYR2, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN4B, SCNSA, SCN10A, SNTA1, SOS1, TAZ, TBX1, TBX20, TBX5, TCAP, TECRL, TGFβ3, TMEM43, TMPO, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1, TRDN, TRPM4, TTN, TXNRD2, VCL		
<input type="checkbox"/>	NeuropathySelect (incluye TTR)*	9570	80	TTR, AARS, AIFM1, APOA1, ATL1, ATL3, ATP7A, BICD2, BSCL2, CHCHD10, DCTN1, DNAJB2, DNM2, DNMT1, DST, DYNC1H, EGR2, FAM134B, FBXO38, FGD4, FIG4, FUS, GAN, GARS, GDAPI, GJB1, GNB4, GSN, HARS, HINT1, HSPB1, HSPB8, IGHMBP2, IKBKAP, INF2, KIF1A, LITAF, LMNA, LRSAM1, MARS, MFN2, MORC2, MPZ, MTMR2, NDRG1, NEFH, NEFL, NGF, NTRK1, OPTN, PDK3, PLEKHG5, PMP22, PRDM12, PRPS1, PRX, RAB7A, REEP1, SBF2, SCN11A, SCN9A, SETX, SH3TC2, SIGMAR1, SLC25A46, SLC52A2, SLC52A3, SLC5A7, SPG11, SPTLC1, SPTLC2, TARDBP, TFG, TRPV4, UBA1, VAPB, VRK1, WNK1, YARS, VCP		
* Disponible en determinados centros. Para más información, comuníquese con Ambry.						
<b>Asesoramiento genético:</b> Ambry y Akcea se han aliado a PWNHealth para ofrecer asesoramiento genético gratuito a los pacientes, tanto antes como después de sus análisis. El asesoramiento genético no es un requisito del análisis. Al marcar los cuadros siguientes, autorizo a Ambry a facilitar la prestación de servicios de asesoramiento genético por PWNHealth antes y/o después del análisis. <input type="checkbox"/> Sí. Solicito una sesión de asesoramiento genético para mi paciente antes de su análisis. <input type="checkbox"/> Sí. Solicito una sesión de asesoramiento genético para mi paciente después de su análisis.						
<b>CONFIRMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y NECESIDAD MÉDICA DE ANÁLISIS GENÉTICOS</b> La persona (o su representante) abajo firmante certifica que es un profesional médico capacitado para autorizar el pedido de análisis genéticos y confirma que el paciente otorgó el consentimiento correspondiente. Confirmando que el análisis es necesario por razones médicas y que los resultados podrían afectar el manejo médico del paciente. Además, toda la información contenida en este formulario de pedidos es fidedigna en la medida de mis conocimientos. Entiendo que la información suministrada sobre la organización y contactos de los profesionales clínicos podría compartirse con terceros, tales como Akcea Therapeutics y Backpack Health, que podrán comunicarse con usted en relación con el programa Genetic Pathway. Mi paciente desea recibir más información de Backpack Health y consiente en compartir su nombre y correo electrónico con este tercero (a menos que se haya marcado esta casilla <input type="checkbox"/> ).						
Firma necesaria para el procesamiento Firma del profesional médico:					Fecha:	
Para solicitar un kit gratuito de recolección de muestras, visite: <a href="http://ambrygen.com/clinician/order-sample-kit">ambrygen.com/clinician/order-sample-kit</a>						