



## UNIDAD DE ESPECTROMETRÍA DE MASAS

### SOLICITUD DE ANÁLISIS ULTRASENSIBLE DE PROTEÍNA MONOCLONAL EN SANGRE POR ESPECTROMETRÍA DE MASAS

#### DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:  HOMBRE  MUJER

Nº DE HISTORIA:

#### DATOS DEL PETICIONARIO

HOSPITAL:

DR./DRA.:

UNIDAD/SERVICIO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

CIF:

#### DATOS PARA EL ENVÍO DEL INFORME

EMAIL:

TELÉFONO:

ETIQUETA OPCIONAL

#### DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO (O SOSPECHA):

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELEVANTES PARA EL ESTUDIO:

ISOTIPO EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO:

RESULTADO DE LA INMUNOFIJACIÓN EN EL MOMENTO ACTUAL:

FECHA DIAGNÓSTICO:

MOMENTO DEL ESTUDIO:

- DIAGNÓSTICO  INDUCCIÓN  PRE-TRASPLANTE  POST-TRASPLANTE  
 RECAÍDA  SEGUIMIENTO  OTRO (especificar)

OBSERVACIONES:

TRATAMIENTO:

- ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI CD20  ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI CD38  ANTICUERPO BIESPECÍFICO CD19XCD3  OTRO (ESPECIFICAR)

FECHA ÚLTIMO CICLO:

#### DATOS DE LA MUESTRA

FECHA DE EXTRACCIÓN:

TIPO DE MUESTRA: SUERO

CANTIDAD: 2 mL

CÓDIGO MUESTRA:

ENVÍA MUESTRA DEL MOMENTO DE DIAGNÓSTICO: SI NO

#### SOLICITUD DE ESTUDIO

ESTUDIO: ANÁLISIS ULTRASENSIBLE DE PROTEÍNA MONOCLONAL EN SANGRE POR ESPECTROMETRÍA DE MASAS

Los datos personales incorporados a este formulario, de conformidad con el consentimiento informado otorgado por el Paciente, así como los resultados del estudio solicitado, serán tratados por CIMA LAB Diagnostics, con domicilio en la Avda. Pío XII nº 55, 31008 – Pamplona (Navarra), en calidad de responsable del tratamiento. La finalidad del tratamiento de los datos, tanto del Paciente como del Facultativo, es realizar el estudio solicitado, y la base legal que lo legitima es la ejecución de la solicitud realizada.

Los referidos datos personales serán conservados mientras persistan obligaciones legales específicas, siendo posteriormente bloqueados hasta el plazo de prescripción de las acciones que pudieran derivarse del tratamiento, tras lo cual se suprimirán. Los datos no se cederán a terceros salvo que el Paciente consienta expresamente en ello, o en los casos en los que exista obligación legal.

Los interesados (Pacientes y Facultativos) podrán, en todo momento, ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, revocación y limitación del tratamiento de los datos obrantes en el mismo, mediante correo electrónico a [dpo@unav.es](mailto:dpo@unav.es), adjuntando copia de un documento que permita la identificación válida del interesado. Asimismo, podrá interponerse una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en caso de considerarse que se han vulnerado tales derechos.

#### DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que el paciente identificado en esta solicitud conoce los datos incluidos en la misma y ha firmado el consentimiento informado para la realización de este estudio genético y que éste ha sido incluido en su historia clínica.

Firma del facultativo:

Fecha:

#### DECLARACIÓN DE BIOBANCO

Se adjunta hoja de consentimiento para la donación de datos y muestras para su uso en investigación:

SÍ  NO

(Enviar sólo la tercera página del consentimiento informado de donación de datos y muestras)

CONTACTO:

**Dra. Nerea Varo**

[nvaro@unav.es](mailto:nvaro@unav.es)

T. +34 948 25 54 00

Ext. 81117

**Dra. Carmen Mugueta**

[cmugueta@unav.es](mailto:cmugueta@unav.es)

T. +34 948 25 54 00

Ext. 81107

**CIMA LAB Diagnostics**

**EDIFICIO Clínica Universidad de Navarra**, Servicio de Bioquímica

Avda. Pío XII, 36 / E-31008, Pamplona-Navarra (España)

[cimalabdiagnostics@unav.es](mailto:cimalabdiagnostics@unav.es) / [www.cimalabdiagnostics.es](http://www.cimalabdiagnostics.es)