



## ESTUDIOS PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO (CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO)

Completar el siguiente formulario y enviar junto con las muestras

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento	Edad	DNI

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre	Apellido
Lugar de trabajo	
Teléfono	E-mail

ENFERMEDAD DEL PACIENTE:

TRATAMIENTO:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:

ESTUDIO SOLICITADO: Marque con una X abajo el estudio solicitado según la enfermedad, o escriba en otros si no encuentra el estudio que requiere

#### FABRY

LysoGb3

#### GAUCHER

Quitotriosidasa

LysoGb1

#### MPS

GAGs

#### Otros

.....  
.....

