

ESTUDIO GENÉTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Fecha de petición/...../.....

DATOS DEL PACIENTE (obligatorios)

Nombre: Primer Apellido: Segundo Apellido:
 NIF: Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)/...../..... Mujer Varón
 TSI:

DATOS DEL MÉDICO Y CENTRO (obligatorios)

MÉDICO SOLICITANTE (nombre y apellidos) NIF:
 CENTRO DE SALUD/ HOSPITAL ÁREA DE SALUD

BÚSQUEDA DE CASO ÍNDICE

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO (OMS MedPed)

(Cumplimentar sólo para búsqueda de *casos índice* en mayores de 18 años).

Historia familiar

- I.- Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz
- II.- Familiar de primer grado con c-LDL > 210mg/dl
- III.- Familiar de primer grado con Xantomas y/o Arco Corneal
- IV.- Familiar menor de 18 años con c-LDL ≥ 150 mg/dl

		Puntuación en caso afirmativo
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Historia Personal

- I.- Antecedentes de enfermedad coronaria precoz
- II.- Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz
(Precoz: ≤ de 55 años en varones y ≤ de 60 años en mujeres)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Examen Físico

- I.- Xantomas tendinosos
- II.- Arco Corneal precoz (antes de los 45 años)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	6
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	4
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Analítica en ayunas, con triglicéridos < 200 mg/dl (*)

- I.- c-LDL ≥ 330 mg/dL
- II.- c-LDL 250 - 329 mg/dL
- III.- c-LDL 190 - 249 mg/dL
- IV.- c-LDL 155 - 189 mg/dL

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	8
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	5
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	3
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

TOTAL PUNTOS:

(*) La concentración del colesterol LDL para el cálculo de la puntuación es SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SE PUEDE SOLICITAR EL ESTUDIO GENÉTICO A PARTIR DE UNA PUNTUACIÓN IGUAL O MAYOR A 6

ESTUDIO DE FAMILIAR DE PRIMER GRADO

PADRE MADRE HERMANO HERMANA HIJO HIJA

COLESTEROL TOTAL: mg/dl c-LDL: mg/dl

SI EL CASO ÍNDICE ESTÁ CONFIRMADO POR TEST GENÉTICO:

CÓDIGO MUESTRA CASO ÍNDICE: CÓDIGO DE MUTACIÓN CASO ÍNDICE:

INSTRUCCIONES:

Antes de proceder a la recogida de una muestra, deberá haber hablado con el paciente sobre esta posibilidad, facilitando toda la información y aclarando cuantas dudas le pueda plantear.

- No enviar muestras si no se ha realizado por escrito el *Consentimiento Informado*.
- No enviar solicitudes de "casos índices" sin la valoración de criterios de diagnóstico (OMS MedPed).

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA Y ENVÍO DE LA MUESTRA DE SALIVA:

Indicar al paciente como realizar la recogida de la muestra según la ficha del recipiente.

PEGAR UNA ETIQUETA IDENTIFICATIVA EN EL CONTENEDOR DE SALIVA, Y LAS TRES RESTANTES EN LAS TRES HOJAS DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN.

Enviar las muestras al Servicio Territorial de Sanidad (Sección de Promoción y Protección de la Salud).

En caso de duda contactar con la Sección de Promoción y Protección de la Salud del Servicio Territorial de Sanidad.

ESTUDIO GENÉTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Fecha de petición/...../.....

DATOS DEL PACIENTE (obligatorios)

Nombre: Primer Apellido: Segundo Apellido:
 NIF: Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)/...../..... Mujer Varón
 TSI:

DATOS DEL MÉDICO Y CENTRO (obligatorios)

MÉDICO SOLICITANTE (nombre y apellidos) NIF:
 CENTRO DE SALUD/ HOSPITAL ÁREA DE SALUD

BÚSQUEDA DE CASO ÍNDICE

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO (OMS MedPed)

(Cumplimentar sólo para búsqueda de *casos índice* en mayores de 18 años).

Historia familiar

- I.- Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz
- II.- Familiar de primer grado con c-LDL > 210mg/dl
- III.- Familiar de primer grado con Xantomas y/o Arco Corneal
- IV.- Familiar menor de 18 años con c-LDL ≥ 150 mg/dl

		Puntuación en caso afirmativo
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2

Historia Personal

- I.- Antecedentes de enfermedad coronaria precoz
- II.- Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz
(Precoz: ≤ de 55 años en varones y ≤ de 60 años en mujeres)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1

Examen Físico

- I.- Xantomas tendinosos
- II.- Arco Corneal precoz (antes de los 45 años)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	6
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	4

Analítica en ayunas, con triglicéridos < 200 mg/dl (*)

- I.- c-LDL ≥ 330 mg/dL
- II.- c-LDL 250 - 329 mg/dL
- III.- c-LDL 190 - 249 mg/dL
- IV.- c-LDL 155 - 189 mg/dL

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	8
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	5
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	3
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1

TOTAL PUNTOS:

(*) La concentración del colesterol LDL para el cálculo de la puntuación es SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SE PUEDE SOLICITAR EL ESTUDIO GENÉTICO A PARTIR DE UNA PUNTUACIÓN IGUAL O MAYOR A 6

ESTUDIO DE FAMILIAR DE PRIMER GRADO

PADRE MADRE HERMANO HERMANA HIJO HIJA

COLESTEROL TOTAL: mg/dl c-LDL: mg/dl

SI EL CASO ÍNDICE ESTÁ CONFIRMADO POR TEST GENÉTICO:

CÓDIGO MUESTRA CASO ÍNDICE: CÓDIGO DE MUTACIÓN CASO ÍNDICE:

INSTRUCCIONES:

Antes de proceder a la recogida de una muestra, deberá haber hablado con el paciente sobre esta posibilidad, facilitando toda la información y aclarando cuantas dudas le pueda plantear.

- No enviar muestras si no se ha realizado por escrito el *Consentimiento Informado*.
- No enviar solicitudes de "casos índices" sin la valoración de criterios de diagnóstico (OMS MedPed).

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA Y ENVÍO DE LA MUESTRA DE SALIVA:

Indicar al paciente como realizar la recogida de la muestra según la ficha del recipiente.

PEGAR UNA ETIQUETA IDENTIFICATIVA EN EL CONTENEDOR DE SALIVA, Y LAS TRES RESTANTES EN LAS TRES HOJAS DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN.

Enviar las muestras al Servicio Territorial de Sanidad (Sección de Promoción y Protección de la Salud).

En caso de duda contactar con la Sección de Promoción y Protección de la Salud del Servicio Territorial de Sanidad.

ESTUDIO GENÉTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Fecha de petición/...../.....

DATOS DEL PACIENTE (obligatorios)

Nombre: Primer Apellido: Segundo Apellido:
 NIF: Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)/...../..... Mujer Varón
 TSI:

DATOS DEL MÉDICO Y CENTRO (obligatorios)

MÉDICO SOLICITANTE (nombre y apellidos) NIF:
 CENTRO DE SALUD/ HOSPITAL ÁREA DE SALUD

BÚSQUEDA DE CASO ÍNDICE

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO (OMS MedPed)

(Cumplimentar sólo para búsqueda de *casos índice* en mayores de 18 años).

Historia familiar

- I.- Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz
- II.- Familiar de primer grado con c-LDL > 210mg/dl
- III.- Familiar de primer grado con Xantomas y/o Arco Corneal
- IV.- Familiar menor de 18 años con c-LDL ≥ 150 mg/dl

		Puntuación en caso afirmativo
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2

Historia Personal

- I.- Antecedentes de enfermedad coronaria precoz
- II.- Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz
(Precoz: ≤ de 55 años en varones y ≤ de 60 años en mujeres)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	2
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1

Examen Físico

- I.- Xantomas tendinosos
- II.- Arco Corneal precoz (antes de los 45 años)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	6
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	4

Análítica en ayunas, con triglicéridos < 200 mg/dl (*)

- I.- c-LDL ≥ 330 mg/dL
- II.- c-LDL 250 - 329 mg/dL
- III.- c-LDL 190 - 249 mg/dL
- IV.- c-LDL 155 - 189 mg/dL

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	8
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	5
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	3
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	1

TOTAL PUNTOS:

(*) La concentración del colesterol LDL para el cálculo de la puntuación es SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SE PUEDE SOLICITAR EL ESTUDIO GENÉTICO A PARTIR DE UNA PUNTUACIÓN IGUAL O MAYOR A 6

ESTUDIO DE FAMILIAR DE PRIMER GRADO

PADRE MADRE HERMANO HERMANA HIJO HIJA

COLESTEROL TOTAL: mg/dl c-LDL: mg/dl

SI EL CASO ÍNDICE ESTÁ CONFIRMADO POR TEST GENÉTICO:

CÓDIGO MUESTRA CASO ÍNDICE: CÓDIGO DE MUTACIÓN CASO ÍNDICE:

INSTRUCCIONES:

Antes de proceder a la recogida de una muestra, deberá haber hablado con el paciente sobre esta posibilidad, facilitando toda la información y aclarando cuantas dudas le pueda plantear.

- No enviar muestras si no se ha realizado por escrito el *Consentimiento Informado*.
- No enviar solicitudes de "casos índices" sin la valoración de criterios de diagnóstico (OMS MedPed).

INSTRUCCIONES PARA LA RECOGIDA Y ENVÍO DE LA MUESTRA DE SALIVA:

Indicar al paciente como realizar la recogida de la muestra según la ficha del recipiente.

PEGAR UNA ETIQUETA IDENTIFICATIVA EN EL CONTENEDOR DE SALIVA, Y LAS TRES RESTANTES EN LAS TRES HOJAS DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN.

Enviar las muestras al Servicio Territorial de Sanidad (Sección de Promoción y Protección de la Salud).

En caso de duda contactar con la Sección de Promoción y Protección de la Salud del Servicio Territorial de Sanidad.