

SOLICITUD DE PRUEBA DIAGNÓSTICA**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre y apellidos	
Centro	
Tel. de contacto	

PRUEBAS SOLICITADAS (marcar con una cruz en el recuadro de la izquierda)

	Nombre de la prueba	nº / clave / filiación de la muestra
<input type="checkbox"/>	Detección cualitativa del VCH (VCH-RNA)	
<input type="checkbox"/>	Cuantificación del VCH-RNA (carga viral)	
<input type="checkbox"/>	Genotipo del VCH	
<input type="checkbox"/>	Detección cualitativa del VBH (VBH-DNA)	
<input type="checkbox"/>	Cuantificación del VBH-DNA (carga viral)	
<input type="checkbox"/>	Detección cualitativa del VGH (VGH-RNA)	
<input type="checkbox"/>	Mutaciones H63D, S65C y C282Y del gen de la hemocromatosis	
<input type="checkbox"/>	Mutación 20210 del gen de la protrombina	
<input type="checkbox"/>	Mutación G1691A del gen del factor V (Leiden)	
<input type="checkbox"/>	Mutación C677T del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR)	

Fecha y firma del solicitante