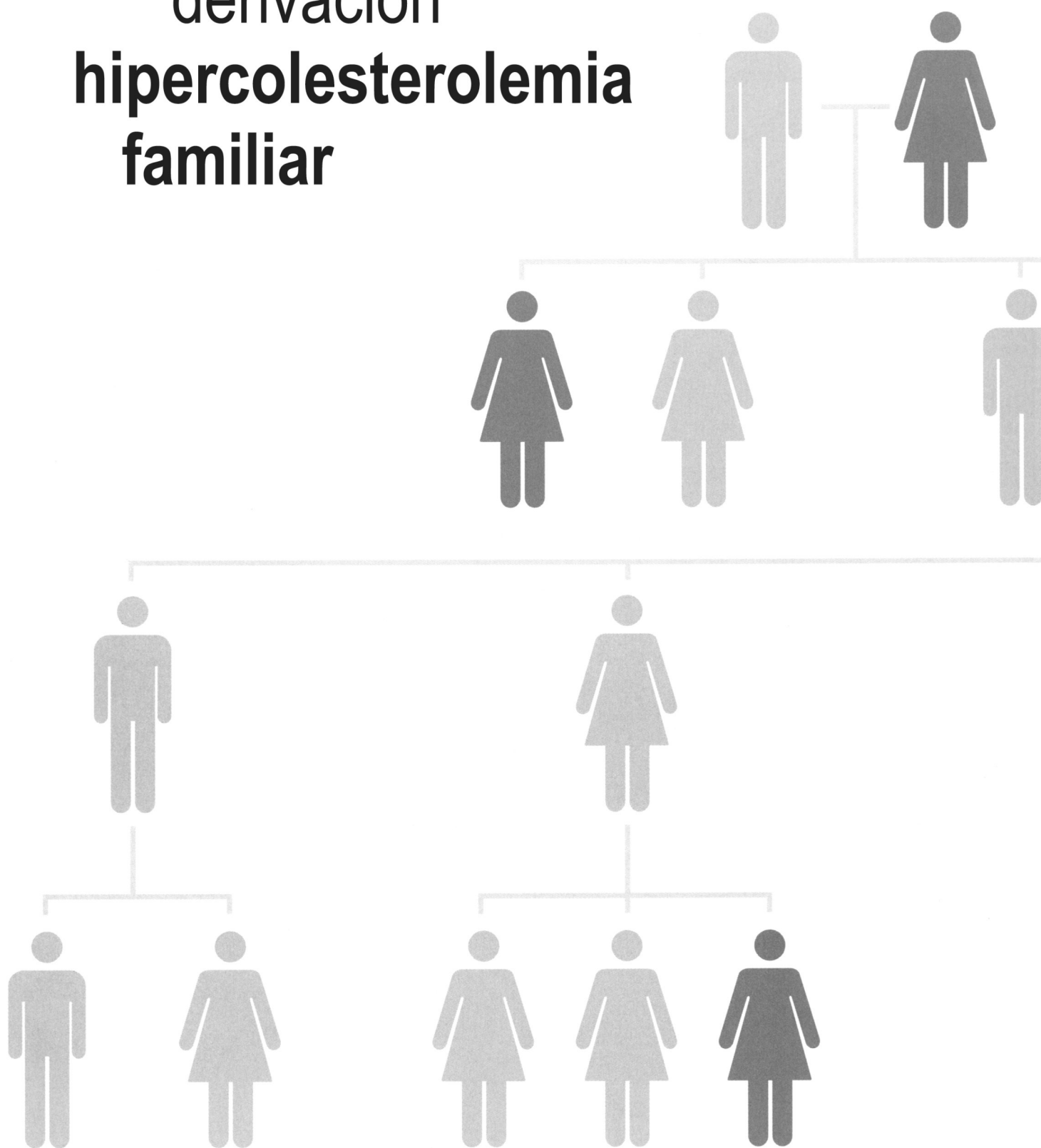


documento de derivación **hipercolesterolemia familiar**



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: Etnia: Europea (no Finlandesa) ☐ Otras (especificar) ☐:
Consentimiento informado firmado: Sí ☐ No ☐

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

(*) Los apartados I y II puntúan con 1 punto y III y IV con 2 puntos, independientemente de si son una o las dos respuestas afirmativas.

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)

Examen Físico

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

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

(*) 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

Puntuación
en caso afirmativo

SI	NO	
SI	NO	1
SI	NO	
SI	NO	2

SI	NO	2
SI	NO	1

SI	NO	6
SI	NO	4

SI	NO	8
SI	NO	5
SI	NO	3
SI	NO	1

TOTAL PUNTOS:

Últimos niveles plasmáticos de cLDL (mg/dl):

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 *índice*" 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 y Bienestar Social (Sección de Promoción de la Salud y Salud Laboral).

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

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: Etnia: Europea (no Finlandesa) ☐ Otras (especificar) ☐:

Consentimiento informado firmado: Sí ☐ No ☐

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

(*) Los apartados I y II puntúan con 1 punto y III y IV con 2 puntos, independientemente de si son una o las dos respuestas afirmativas.

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)

Examen Físico

I.- Xantomas tendinosos

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

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

(*) 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

Puntuación
en caso afirmativo

SI	NO	
SI	NO	1
SI	NO	
SI	NO	2

SI	NO	2
SI	NO	1

SI	NO	6
SI	NO	4

SI	NO	8
SI	NO	5
SI	NO	3
SI	NO	1

TOTAL PUNTOS:

Últimos niveles plasmáticos de cLDL (mg/dl):

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 y Bienestar Social (Sección de Promoción de la Salud y Salud Laboral).

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

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: Etnia: Europea (no Finlandesa) ☐ Otras (especificar) ☐:
Consentimiento informado firmado: Sí ☐ No ☐

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

(*) Los apartados I y II puntúan con 1 punto y III y IV con 2 puntos, independientemente de si son una o las dos respuestas afirmativas.

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)

Examen Físico

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

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

(*) 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

Puntuación
en caso afirmativo

SI	NO	
SI	NO	1
SI	NO	
SI	NO	2

SI	NO	2
SI	NO	1

SI	NO	6
SI	NO	4

SI	NO	8
SI	NO	5
SI	NO	3
SI	NO	1

TOTAL PUNTOS:

Últimos niveles plasmáticos de cLDL (mg/dl):

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 *índice*" 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 y Bienestar Social (Sección de Promoción de la Salud y Salud Laboral).

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