

Comunidad Autónoma: _____
 Tipo de centro: _____
 Público: _____
 Privado: _____
 Centro/Hospital: _____

Unidades clínicas

Nombre de la Unidad: _____
 Servicio al que está adscrita: _____
 Facultativo responsable: _____

Tipo de prestación:
 A. Cáncer hereditario en general.

B. Algunos tipos síndromes específicos relacionados con:
 Tumores digestivos
 Cáncer de mama y tumores ginecológicos
 Otros: especificar _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____
 Correo electrónico: _____
 Página web: _____

Área de cobertura o sectorización:

Unidades de referencia para el seguimiento en el propio centro:
 Unidad de Patología Mamaria.
 Unidad de alto riesgo del Servicio de Digestivo.
 Otras: especificar _____

¿Cuál es el laboratorio de apoyo para los estudios genético?
 En el propio centro.
 Fuera del centro.
 Ambos.

Laboratorio de estudios genéticos

Nombre del laboratorio: _____
 Servicio al que está adscrito: _____
 Facultativo responsable: _____

<input type="checkbox"/> AIP	Adenoma Hipofisario Familiar	<input type="checkbox"/> PMS2	Síndrome de Lynch
<input type="checkbox"/> APC	Poliposis Adenomatosa Familiar	<input type="checkbox"/> PRKAR1A	Complejo de Carney
<input type="checkbox"/> BRCA1	Síndrome de Mama/Ovario Hereditario	<input type="checkbox"/> PTEN	Síndromes Hamartomatosos asociados a PTEN
<input type="checkbox"/> BRCA2	Síndrome de Mama/Ovario Hereditario	<input type="checkbox"/> RET	Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2
<input type="checkbox"/> CDH1	Síndrome de Cáncer Gástrico Difuso Hereditario	<input type="checkbox"/> SDHB	Feocromocitoma/Paraganglioma Familiar
<input type="checkbox"/> CDK2A	Melanoma Familiar	<input type="checkbox"/> SDHC	Feocromocitoma/Paraganglioma Familiar
<input type="checkbox"/> FH	Leiomatosis y Cáncer Renal Familiar	<input type="checkbox"/> SDHD	Feocromocitoma/Paraganglioma Familiar
<input type="checkbox"/> FLCN	Síndrome de Birt-Hogg-Dubè	<input type="checkbox"/> SH2D1A	Síndrome linfoproliferativo ligado al X
<input type="checkbox"/> HLXB9	Síndrome de Currarino	<input type="checkbox"/> STK11	Síndrome de Peutz-Jeghers
<input type="checkbox"/> HRPT2	Hiperparatiroidismo Primario Familiar	<input type="checkbox"/> TP53	Síndrome de Li-Fraumeni
<input type="checkbox"/> MEN1	Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1	<input type="checkbox"/> TSC1	Esclerosis tuberosa
<input type="checkbox"/> MET	Cáncer Renal Papilar Familiar	<input type="checkbox"/> TSC2	Esclerosis tuberosa
<input type="checkbox"/> MLH1	Síndrome de Lynch	<input type="checkbox"/> VHL	Síndrome de von Hippel Lindau
<input type="checkbox"/> MSH2	Síndrome de Lynch	<input type="checkbox"/> Otros genes (especificar):	_____
<input type="checkbox"/> MSH6	Síndrome de Lynch		_____
<input type="checkbox"/> MUTYH	Poliposis Adenomatosa Asociada a MUTYH		_____
<input type="checkbox"/> NF1	Neurofibromatosis tipo I		_____
<input type="checkbox"/> NF2	Neurofibromatosis tipo II		_____

Dirección postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____
 Correo electrónico: _____
 Página web: _____
 Área de cobertura o sectorización: _____

¿Existe servicio de apoyo de asesoramiento genético?
 En el propio centro.
 Fuera del centro.
 Ambos.