

**SOLICITUD DE ANÁLISIS GENÉTICO-FORENSE – Análisis de Restos cadavéricos**

DIRECCIÓN DE ENVIO	A/A Dr. Fondevila Grupo de GENOMAS y ENFERMEDAD – P2L9 Edificio CIMUS – Centro de Investigación en Enfermedades Crónicas Universidade de Santiago de Compostela, USC Avenida de Barcelona s/n 15706 Santiago de Compostela, España
TELÉFONO	881815381 - 659027252
E-MAIL	mfondevila@genome4care-com

**Datos de las personas incluidas en el estudio**

**Individuo 1** (Restos cadavéricos)

Nombre: .....

DNI:.....

Identidad desconocida:

Presunta Identidad:

**Individuo 2**

Nombre: ..... Fallecido/a?

DNI:.....

**Individuo 3**

Nombre: ..... Fallecido/a?

DNI:.....

**Individuo 4**

Nombre: .....

DNI:.....

Teléfono de contacto:

Juzgado: .....

**ESTUDIO SOLICITADO**

Identificación cadavérica

Paternidad cadavérica

Parentesco cadavérico

Obtención de perfil genético

Origen Biogeográfico

Estudio de EVCs

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRAS CADAVÉRICAS REMITIDAS.

Tipo de muestra:

Ósea:

Fémur  Cráneo  Vértebra  Otros   
Húmero  Mandíbula  Costilla

Tibia  Dientes  Pelvis

Tejidos blandos:

Mancha de sangre  Hisopo bucal  Otros   
Sangre extraída por punción  Semen

Músculo  Biopsia

Tiempo estimado tras la muerte/depósito de la muestra:

Han sido sometidas las muestras a manipulación tras la toma?:  SI  NO

En caso afirmativo, indique cuales de entre los ítems siguientes:

Extracción de tejido blando con cuchilla  Preservantes químicos   
Eliminación química de tejido  Inclusión en parafina   
Serrado  Otros

Han sido sometidas las muestras a agentes perniciosos para la materia orgánica?: SI  NO

En caso afirmativo, indique cuales de entre los ítems siguientes:

Putrefacción natural  Fragmentación   
Temperatura extrema  Exposición a luz solar/UV   
Agentes químicos  Otros

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE DEL LUGAR DE HALLAZGO DE LAS MUESTRAS REMITIDAS

Enterramiento en suelo  Inmersión en agua salada  Otros   
Depositado sobre suelo  Inmersión en agua dulce

Enterramiento en nicho  Inmersión en aguas fecales

Presencia de tejido putrefacto  Presencia de mohos

## DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS DE REFERENCIA REMITIDAS

### Individuo 2:

Mancha de sangre  Hisopo bucal  Otros   
 Sangre extraída por punción  Semen

Mancha de saliva  Mancha sobre tela

### Individuo 3:

Mancha de sangre  Hisopo bucal  Otros   
 Sangre extraída por punción  Semen

Mancha de saliva  Mancha sobre tela

### Individuo 4:

Mancha de sangre  Hisopo bucal  Otros   
 Sangre extraída por punción  Semen

Mancha de saliva  Mancha sobre tela

### Individuo 5:

Mancha de sangre  Hisopo bucal  Otros   
 Sangre extraída por punción  Semen

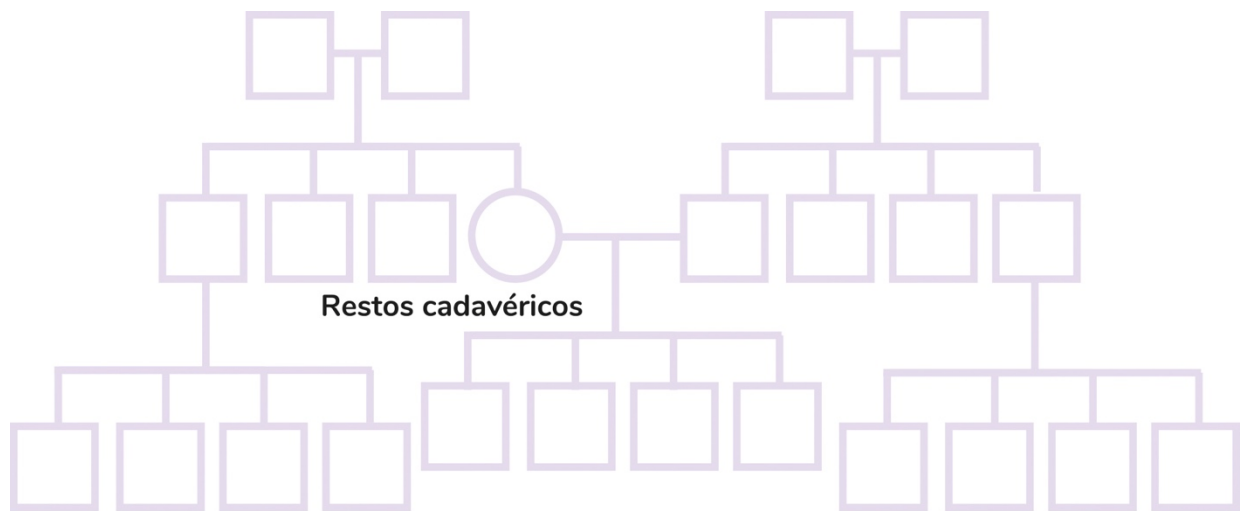
Mancha de saliva  Mancha sobre tela



**PRESUNTA RELACIÓN FAMILIAR ENTRE LOS INDIVIDUOS EN ESTUDIO**

Escriba el número de cada individuo en la posición correspondiente de uno de los pedigrís propuestos.

**Pedigrí 1:**



**Pedigrí 2:**



**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS (SI PROCEDE)**

**Individuo 1 (Restos cadavéricos) :**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 2:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 3:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 4:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

**Individuo 5:**

Transfusiones de sangre recientes   
Trasplante de médula ósea

Enfermedades infecto-contagiosas

Marque las opciones que procedan

Otros datos que se consideren de interés:

**CADENA DE CUSTODIA**

La toma de muestras se realizó el día .....de.....de .....

Las muestras fueron envasadas y etiquetadas por.....

Tipo y/o número de precinto: .....

Fecha de remisión de muestras al laboratorio: .....de.....de .....

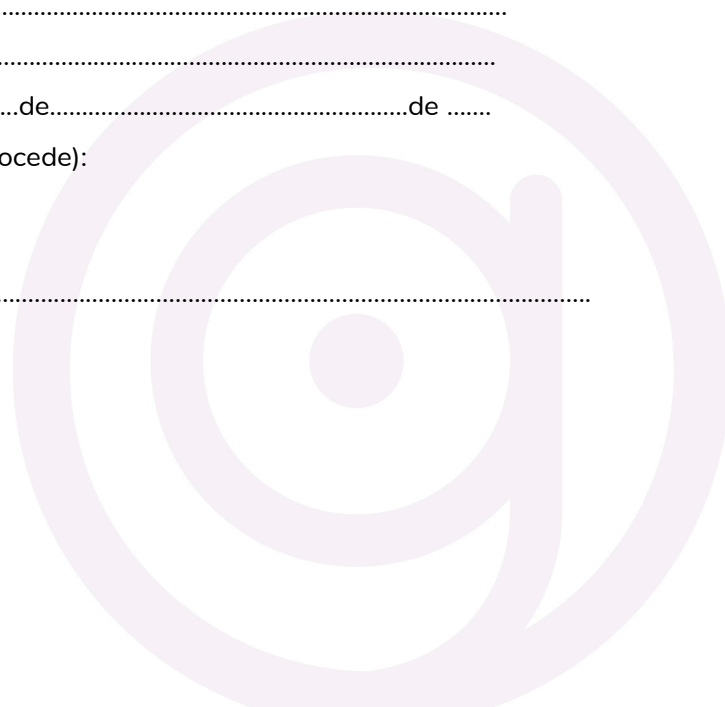
Condiciones de almacenamiento hasta su envío (si procede):

.....

Transporte efectuado por: .....

Firma:

Nombre:



Solicito que, después de concluir este estudio, remitan directamente el correspondiente informe a:

Nombre: .....

Calle: ..... N°..... Piso..... CP.....

Población ..... Provincia .....

País .....

Con copia adicional a:

Nombre: .....

Calle: ..... N°..... Piso..... CP.....

Población ..... Provincia .....

País .....

Nombre: .....

Calle: ..... N°..... Piso..... CP.....

Población ..... Provincia .....

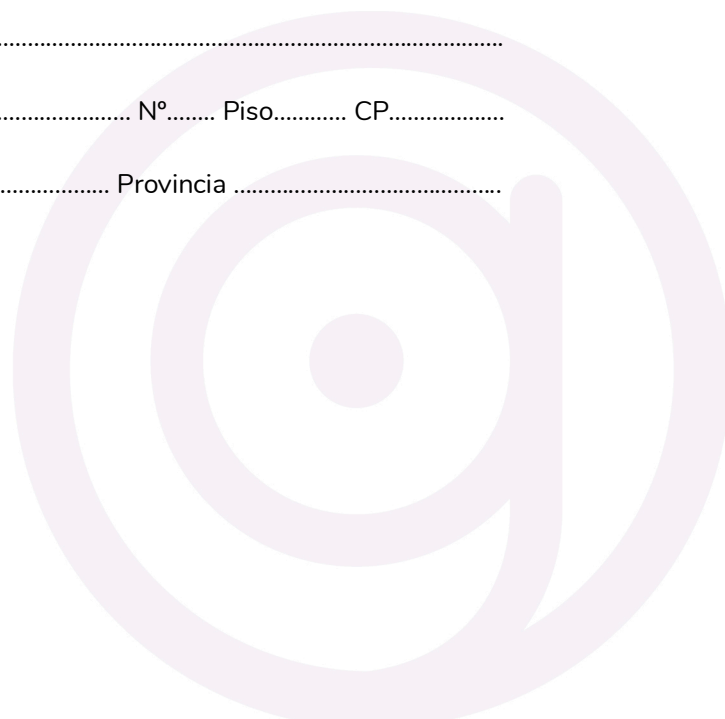
País .....

Nombre: .....

Calle: ..... N°..... Piso..... CP.....

Población ..... Provincia .....

País .....



A fin de proceder a la prueba genético-forense solicitada, lean atentamente este documento y seleccionen la opción que deseen que se lleve a cabo para su muestra de ADN. Cada participante en el estudio solicitado deberá leer con atención este documento y remitir a nuestras dependencias una copia individual firmada.

Yo, ....., con DNI ..... acepto someterme al análisis genético forense solicitado y declaro que toda la información suministrada a Genome4Care es verídica.

La muestra biológica remitida a Genome4care ha sido tomada con mi consentimiento para la realización de la prueba genético-forense solicitada, asimismo, declaro que la muestra etiquetada con mi nombre corresponde a mi persona.

Las muestras de ADN recibidas, así como todo dato genético y documental correspondiente a las pruebas realizadas por Genome4Care serán almacenados de forma segura y de forma anonimizada mediante un código alfanumérico asociado a cada caso.

Las muestras de ADN correspondientes a las pruebas realizadas por Genome4Care, así como los datos de genotipado de marcadores de ADN obtenidos para la prueba genético-forense, constituyen un recurso valioso para nuestra labor científica e investigadora. Las muestras de ADN y datos empleados de esta forma serán siempre utilizados de forma completamente anónima. Sin embargo, sólo serán usados para propósitos científicos únicamente si el/la donante da su permiso expreso para que su muestra y datos sean tratados de este modo.

Seleccione la opción que desee para el tratamiento de su muestra de ADN y datos de genotipado:

- Doy mi consentimiento a Genome4Care para que mi muestra de ADN y datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo de forma completamente anónima.
- Doy mi consentimiento a Genome4Care para que mis datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo de forma completamente anónima. Sin embargo, no doy mi consentimiento para que mi muestra de ADN sea utilizada de este modo, únicamente los datos generados durante la prueba genético-forense solicitada.
- No** doy mi consentimiento para que Genome4care para que mi muestra de ADN y datos de genotipado sean utilizados para propósitos de investigación científica y desarrollo.

Para que así conste, firma el presente documento:

Nombre:

A ..... De .....de....., en .....

Como tutor/a legal de la persona declarante, firma el presente documento:

Nombre:

