

FORMULARIO DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Nombre del paciente: | |
| Identificación: | Dirección: |
| Fecha de nacimiento: fecha. | Teléfono: |
| Edad: | E-mail: |
| Sexo: Elija. | Medico tratante: |

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

| | |
|------------------------------------|--------|
| Nombre del convenio institucional: | |
| Dirección : | |
| Teléfono: | Email: |

DATOS DE LA MUESTRA

| | |
|--------------------------|------------------|
| Fecha de la toma: fecha. | Hora de la toma: |
|--------------------------|------------------|

Marque con una X el tipo de muestra:

| Tipo de Muestra | | Marcar con una X |
|-----------------------|--------------------------|--|
| Biopsia de piel | <input type="checkbox"/> | Almacenar en medio de cultivo para cariotipo y FISH y en etanol al 100% para pruebas moleculares |
| Restos ovulares | <input type="checkbox"/> | Almacenar en alcohol etílico al 96% - 100% |
| Vellosidades coriales | <input type="checkbox"/> | Almacenar en medio de cultivo |
| Otra | <input type="checkbox"/> | Cual: |

DIAGNOSTICO

| |
|--|
| Indicación por la que se solicitó el examen: |
| Edad gestacional (si aplica): |

En los casos de diagnóstico molecular en Biopsia de Vellosidades Coriales es necesario realizar pruebas de contaminación materna.

La indicación por la que se solicita la prueba es importante para establecer la correlación clínica y complementar así el resultado.

A CONTINUACION EXAMEN(ES) A REALIZAR (Marque con una X o seleccione prueba)

Todas las muestras deben ir acompañadas de consentimiento informado completamente diligenciado.

BIOLOGIA MOLECULAR

| PERDIDA RECURRENTE DE LA GESTACION y FERTILIDAD | | |
|---|---|--------|
| | Prueba | Código |
| <input type="checkbox"/> | MLPA'S DELECCIONES Y DUPLICACIONES SUBTELOMERICAS | 168412 |

ESPACIO PARA GENETIX

| | | |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Fecha de ingreso: | Hora de ingreso: | |
| Calidad de la muestra: | Cantidad: | Número de pruebas a realizar: |
| Recipiente: | Contaminación con sangre materna: | Otras: |
| Observaciones: | | Responsable: |