

"Por tu seguridad, escribe claro!"

FORMULARIO DE INGRESO VERIFI TEST

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	
Identificación:	Dirección:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Edad:	E-mail:
Sexo:	Edad gestacional:
Médico tratante:	

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

Nombre del convenio institucional:	
Dirección :	
Teléfono:	Email:

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de la toma:	Hora de la toma:
Responsable:	

Marque con una X el tipo de muestra:

TIPO DE PRUEBA A REALIZAR DE ACUERDO AL EMBARAZO

1. EMBARAZOS UNICOS

<input type="checkbox"/>	Marcar con una X
<input type="checkbox"/>	Evaluación cromosomas 21, 13,18, 9 y 16.
<input type="checkbox"/>	Evaluación cromosomas sexuales
<input type="checkbox"/>	Panel de microdeleciones: 22q11, 15q11,4p-,5p-,1p36
<input type="checkbox"/>	VERIFI PLUS (Evaluación de todos los cromosomas)

2. EMBARAZOS GEMELARES

<input type="checkbox"/>	Marcar con una X
<input type="checkbox"/>	Evaluación cromosomas 21,13,18,
<input type="checkbox"/>	Evaluación cromosomas sexuales: Presencia de cromosoma Y

INDICACION

<input type="checkbox"/>	Marcar con una X
<input type="checkbox"/>	Edad materna
<input type="checkbox"/>	Tamizaje serológico positivo
<input type="checkbox"/>	Ultrasonido anormal
<input type="checkbox"/>	Historia familiar sugestiva de aneuploidías
<input type="checkbox"/>	Ansiedad materna
<input type="checkbox"/>	Otras

INFORMACION CLÍNICA

Edad gestacional en semanas:

<input type="checkbox"/>	Cálculo de la edad gestacional mediante:	Datos clínicos relevantes de la paciente:
<input type="checkbox"/>	FUR:	Peso (Kg):
<input type="checkbox"/>	CRL	Talla (cm):
<input type="checkbox"/>	Implantación	Observaciones:
<input type="checkbox"/>	Otras	