

**FORMULARIO DE INGRESO LITTLE
(INCLUYE TODAS LAS PRUEBAS LITTLE)**

**LAG-FOR-24, V2
30/10/2018**

DATOS DEL PACIENTE

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

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

Nombre del convenio institucional:	
Dirección :	
Teléfono:	E-mail:

DATOS DE LA MUESTRA

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

TIPO DE PRUEBA A REALIZAR. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA

Marcar	Prueba	Descripción
<input type="checkbox"/>	LITTLE	Determinación del sexo fetal en sangre materna
<input type="checkbox"/>	LITTLE PLUS	Analitos PAPP-A y B-hCG
<input type="checkbox"/>	LITTLE GREEN	Analitos PAPP-A y PIGF
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD	Evaluación cromosomas 21,13,18 y sexuales (X y Y)ADN fetal en sangre materna
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD PLUS	Evaluación de todos los ADN fetal en sangre materna

INFORMACION CLÍNICA (APLICA PARA LITTLE PLUS Y GREEN)

	RAZA DE LA PACIENTE	INFORMACION CLINICA
<input type="checkbox"/>	Mestiza	Número de embarazos (contando el actual):
<input type="checkbox"/>	Hispana	Número de partos:
<input type="checkbox"/>	Caucásica	Número de abortos:
<input type="checkbox"/>	Afrodescendiente	Antecedente de síndrome Down: Si: No:
<input type="checkbox"/>	Asiática	
<input type="checkbox"/>	Otras	

Edad gestacional en semanas: _____

INFORMACION ECOGRAFICA (APLICA PARA LITTLE PLUS Y GREEN)

FECHA DE ECOGRAFIA		REALIZADA POR:	
CRL (en mm):		Hueso nasal: Presente:	Ausente:
SN (en mm)			
APLICA SOLO PARA LITTLE GREEN			
IP Arteria uterina Derecha		IP Arteria uterina Izquierda	

Envíe copia del ultrasonido obstétrico al correo info@genetix.com.co

**FORMULARIO DE INGRESO LITTLE
(INCLUYE TODAS LAS PRUEBAS LITTLE)**

**LAG-FOR-24, V2
30/10/2018**

(APLICA PARA LITTLE PLUS, GREEN, GOLD Y GOLD PLUS)

	Cálculo de la edad gestacional mediante:	Datos clínicos relevantes de la paciente:
<input type="checkbox"/>	Fecha de Última Regla:	Peso (Kg):
<input type="checkbox"/>	CRL	Talla (cm):
<input type="checkbox"/>	Implantación	Fumadora: Si: No:
<input type="checkbox"/>	Otras	Embarazo espontáneo: Si: No:
	Diabetes Mellitus: Si: No:	Número de fetos:
	Embarazo con técnicas de Reproducción asistida: Si No:	Cual Técnica: ICSI: IVF:
	Ovodonación: Si: No: Edad de la donante:	Fecha de transferencia embrionaria:
APLICA SOLO PARA LITTLE GREEN		
	Antecedente personal de Pre-eclampsia: Si. No:	Antecedente familiar de Pre-eclampsia: Si. No:
	Hipertensión arterial crónica: Si: No:	
	Tensión arterial Brazo derecho (Antes de toma de muestra):	Tensión arterial Brazo izquierdo (Antes de toma de muestra):
	Tensión arterial Brazo derecho (Después de toma de muestra):	Tensión arterial Brazo izquierdo (Después de toma de muestra):

INDICACION POR LA QUE REALIZA EL EXAMEN

	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