

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

LAG-FOR-24-V1, 05/04/2019

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 GOLD	Evaluación de todos los ADN fetal en sangre materna
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD PLUS	Evaluación cromosomas 21,13,18 y sexuales (X y Y)ADN fetal en sangre materna
<input type="checkbox"/>	TAMIX BABY	Hormonas PAPPa y B-hCG
<input type="checkbox"/>	TAMIX MOM	Hormonas PAPPa y PLGF

INFORMACION CLÍNICA (APLICA PARA TAMIX BABY Y TAMIX MOM)

RAZA DE LA PACIENTE	INFORMACION CLINICA
Mestiza	Número de embarazos (contando el actual):
Hispana	Número de partos:
Caucásica	Número de abortos:
Afrodescendiente	Antecedente de síndrome Down: Si No:
Asiática	
Otras	

Edad gestacional en semanas: _____

INFORMACION ECOGRÁFICA (APLICA PARA TAMIX BABY Y TAMIX MOM)

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

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

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

LAG-FOR-24-V1, 05/04/2019

(APLICA PARA TAMIX BABY, TAMIX MOM, LITTLE GOLD Y GOLD PLUS)

Cálculo de la edad gestacional mediante:	Datos clínicos relevantes de la paciente:	
Fecha de Ultima Regla:	Peso (Kg):	
CRL	Estatura:	
Implantación	Fumadora: Si: No:	
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 TAMIX MOM		
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