

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

LAG-FOR-24 V3, 05/05/2022

**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 con una X	Prueba	Descripción
	LITTLE	Determinación del sexo fetal en sangre materna.
	LITTLE GOLD	Evaluación cromosomas 21,13,18 y sexuales (X y Y) en ADN fetal en sangre materna.
	LITTLE GOLD PLUS	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal en sangre materna.
	LITTLE GOLD ADVANCED	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal en sangre materna + CNV'S mayores de 7 Mb.
	CINCO MICRODELECIONES	(1) deleción de 1p36, (2) 4p- (síndrome Wolf-Hirschhorn), (3) 5p- (síndrome cri-du-chat), (4) 15q11.2 (síndrome Prader-Willi/síndrome Angelman), y (5) deleción 22q11.2 (síndrome DiGeorge o síndrome velocardiofacial).
	TAMIX BABY	Hormonas PAPPa y B-hCG ¿Requiere cálculo de riesgo? SI NO
	TAMIX MOM	Hormonas PAPPa y PLGF ¿Requiere cálculo de riesgo? SI NO

Edad gestacional en semanas: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Marcar con una X	Raza de la paciente	Información clínica
	Mestiza	Número de embarazos (contando el actual):
	Hispana	Número de partos:
	Caucásica	Número de abortos:
	Afrodescendiente	Antecedente de síndrome Down: SI NO
	Asiática	
	Otras	

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

LAG-FOR-24 V3, 05/05/2022

<b>Cálculo de la edad gestacional mediante:</b>	<b>Datos clínicos relevantes de la paciente:</b>
Fecha de Última Regla:	Peso (Kg):
CRL:	Altura (cm):
Implantación:	Fumadora: SI NO
Otras:	Embarazo espontáneo: SI NO
Diabetes Mellitus: SI NO	Número de fetos:
Embarazo con técnicas de Reproducción asistida: SI NO	¿Cuál Técnica? ICSI: IVF:
Ovodonación: SI NO Edad de la donante:	Fecha de transferencia embrionaria:
<b>APLICA SOLO PARA TAMIX MOM</b>	
Antecedente personal de Pre-eclampsia: SI NO	Antecedente familiar de Pre-eclampsia: 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):

**INDICACIÓN POR LA QUE REALIZA EL EXÁMEN**

Marcar con una X	Indicación
	Edad materna
	Tamizaje serológico positivo
	Ultrasonido anormal
	Historia familiar sugestiva de aneuploidías
	Ansiedad materna
	Otras

**PROTECCIÓN DE DATOS**

La información proporcionada se encuentra protegida conforme a la política de tratamiento de datos personales contemplados en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y Ley 1712 de 2014.