

FORMULARIO DE INGRESO LINEA LITTLE
LAG-FOR-24 V4, 24/09/2022

DATOS DEL PACIENTE

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

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

Nombre del convenio institucional:	
Teléfono de notificaciones:	E-mail de notificaciones:

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 libre en sangre materna.
	LITTLE GOLD PLUS	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal libre en sangre materna.
	LITTLE GOLD ADVANCE	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal libre 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).

Edad gestacional en semanas: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA Complete datos	INDICACIÓN POR LA QUE REALIZA EL EXÁMEN Marque con X
Fecha de Última Regla:	Edad materna
Peso: _____ kg Altura: _____ mt _____ cm	Tamizaje serológico positivo
Número de fetos:	Ultrasonido anormal
Embarazo con técnicas de Reproducción asistida: SI ___ NO ___ ¿Cuál Técnica? ICSI: ___ IVF: ___	Historia familiar sugestiva de aneuploidías
Fecha de transferencia embrionaria:	Ansiedad materna
	Otro: Especifique:

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.