

**FORMULARIO DE INGRESO LINEA TAMIX**  
LAG-FOR-57 V1, 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
	<b>TAMIX BABY</b>	Hormonas PAPPa y B-hCG ¿Requiere cálculo de riesgo? SI ___ NO ___
	<b>TAMIX MOM</b>	Hormonas PAPPa y PLGF ¿Requiere cálculo de riesgo? SI ___ NO ___

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

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Marcar con una X	Raza de la paciente			
	Afro-Caribeña		Caucásica	Otras
	Asiática		Oriental	¿Cual? _____

**Datos clínicos relevantes de la paciente:**

Fecha de Última Regla:	Número de fetos:
Peso: _____ kg    Altura: _____ mt    _____ cm	Diabetes Mellitus: SI ___ NO ___ Fuma: SI ___ NO ___
Embarazo con técnicas de Reproducción asistida: SI ___ NO ___ ¿Cuál 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 ___
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):

**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.