

DATOS DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:		
Identificación:	Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	
Dirección:	Edad:	Sexo:
Teléfono:	E-mail:	
Médico tratante (Nombre y Apellido):		

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: dd/mm/aaaa	Hora de la toma:
Responsable:	

TIPO DE PRUEBA A REALIZAR, PUEDE MARCAR MÁS DE UNA		
MARCAR CON UNA X	PRUEBA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/>	TAMIX BABY	Hormonas PAPPa y B-hCG ¿Requiere cálculo de riesgo? SI ___ NO ___
<input type="checkbox"/>	TAMIX MOM	Hormonas PAPPa y PLGF ¿Requiere cálculo de riesgo? SI ___ NO ___
Edad gestacional en semanas:		

RAZA DE LA PACIENTE (MARCAR CON UNA X)					
<input type="checkbox"/>	Afro-Caribeña	<input type="checkbox"/>	Caucásica	<input type="checkbox"/>	Otras
<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	Oriental	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____

DATOS CLÍNICOS RELEVANTES DE LA PACIENTE:	
Fecha de última regla:	Número de fetos:
Peso: _____ kg Altura: _____ metros	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.