

FORMULARIO DE INGRESO LINEA LITTLE

LAG-FOR-24 V5, 17/06/2024

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
<input type="checkbox"/>	LITTLE	Determinación del sexo fetal en sangre materna.
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD	Evaluación cromosomas 21, 13, 18 y sexuales (X y Y) en ADN fetal libre en sangre materna.
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD PLUS	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal libre en sangre materna.
<input type="checkbox"/>	LITTLE GOLD ADVANCE	Evaluación de todos los cromosomas en ADN fetal libre en sangre materna + CNV'S mayores de 7 Mb.
<input type="checkbox"/>	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.