

SOLICITUD DE ARRAY

Datos de filiación del paciente	Muestra
Nombre: Apellidos: Fecha de nacimiento: / / Género: Masculino Femenino Ambiguo	Código de la muestra: Fecha de toma de la muestra: / /
Centro remitente	
Servicio remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto:	
Diagnóstico principal	
Estudios realizados en familiares <i>(rellene sólo en caso de respuesta afirmativa)</i>	
Pruebas solicitadas	
<input type="checkbox"/> ARRAY OPTIMA PRENATAL <i>(5 ml de líquido amniótico)</i> <input type="checkbox"/> ARRAY CYTOSCAN 750K <i>(10 ml de sangre total EDTA)</i> <input type="checkbox"/> OTROS	

Para obtener la máxima información posible y la mejor eficiencia diagnóstica del array, la ICCG (International Collaboration Clinical Genomics) recomienda detallar las características clínicas y rasgos dismórficos del paciente. Para ello rogamos detallen los mismos en la siguiente hoja.

Identificación del paciente		
Información clínica Señale con una cruz los datos compatibles con el paciente.		
<p>Historia perinatal</p> <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento del feto <input type="checkbox"/> Oligohidramnios <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Hidropsis fetal no inmune <input type="checkbox"/> Otros: <p>Crecimiento:</p> <input type="checkbox"/> Retraso en el crecimiento <input type="checkbox"/> Sobrecrecimiento <input type="checkbox"/> Talla baja <input type="checkbox"/> Otros: <p>Desarrollo cognitivo:</p> <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo motor <input type="checkbox"/> Retraso motor grueso <input type="checkbox"/> Retraso motor fino <input type="checkbox"/> Retraso en el habla <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Otros: <p>Comportamiento/Psiquiatría:</p> <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Retraso generalizado en el desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno de hiperactividad con déficit de atención <input type="checkbox"/> Anormalidad conductual/psiquiátrica Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Otros: <p>Cutáneos:</p> <input type="checkbox"/> Hiperpigmentación <input type="checkbox"/> Hipopigmentación <input type="checkbox"/> Otros: :	<p>Neurológico:</p> <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Encefalopatía <input type="checkbox"/> Anormalidad cerebral estructural Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Otros: <p>Cardíacos:</p> <input type="checkbox"/> Defecto septal atrial septal <input type="checkbox"/> Defecto septal ventricular <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Encefalopatía <input type="checkbox"/> Anormalidad cerebral estructural Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Otros: <p>Rasgos craneofaciales:</p> <input type="checkbox"/> Rasgos dismórficos Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Malformación auricular Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Labio leporino <input type="checkbox"/> Paladar hendido <input type="checkbox"/> Macrocefalia <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Otros: <p>Audición/Visión:</p> <input type="checkbox"/> Pérdida audición Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Alteración de la visión Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Alteración del movimiento ocular Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Otros: :	<p>Musculoesquelético:</p> <input type="checkbox"/> Contracturas <input type="checkbox"/> Pie zambo <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Hernia diafragmática <input type="checkbox"/> Anomalía en extremidad Especifique cuál: <input type="checkbox"/> Polidactilia Especifique: <input type="checkbox"/> Sindactilia Especifique: <input type="checkbox"/> Anomalía vertebral Especifique: <input type="checkbox"/> Otros: : <p>Gastrointestinal</p> <input type="checkbox"/> Gastrosquisis <input type="checkbox"/> Hernia umbilical <input type="checkbox"/> Atresia anal <input type="checkbox"/> Fístula traqueoesofágica <input type="checkbox"/> Estenosis pilórica <input type="checkbox"/> Otros: <p>Genitourinaria</p> <input type="checkbox"/> Genitales ambiguos <input type="checkbox"/> Hidronefrosis <input type="checkbox"/> Malformación renal Especifique: <input type="checkbox"/> Criptorquidia <input type="checkbox"/> Hipospadias <input type="checkbox"/> Otros: <p>Historia familiar</p> <input type="checkbox"/> Padres con ≥ 2 abortos involuntarios <input type="checkbox"/> Familiares con similar historia clínica Detalle:
Por favor, incluya cualquier información relevante adicional		

NOTA: Información clínica según las recomendaciones de la ICCG