

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

DATOS DE FILIACIÓN	MUESTRA
Nombre:	Código de la muestra:
Apellidos:	Fecha de toma de la muestra:
Mes de gestación:	/ /

CENTRO REMITENTE
Servicio remitente:
Facultativo de contacto:
Teléfono de contacto:

INDICACIÓN:
Padres portadores de traslocación Aborto habitual Síndrome de Down previo Cromosomopatía previa Retraso mental no especificado previo Rasgos dismórficos y/o polimalformado previo Autismo previo Alteración ecográfica. <i>Indique:</i>

OTROS DATOS DE INTERÉS (antecedentes familiares,

PRUEBAS SOLICITADAS	
CITOGÉNÉTICA/MOLECULAR (líquido amniótico) <input type="checkbox"/> CARIOTIPO FETAL <input type="checkbox"/> FISH CROMOSOMAS 13, 18, 21, X, Y <input type="checkbox"/> QF-PCR Se requiere también 10 ml sangre total EDTA de la madre <input type="checkbox"/> ARRAY PRENATAL 60K <input type="checkbox"/> ESTUDIO MOLECULAR. <i>Especifique:</i> Enfermedad: Mutación a detectar: Estudio de familiares:	INFECCIOSAS (líquido amniótico) TORCH Toxoplasma gondii (<i>Detección DNA</i>) Rubeola virus (<i>Detección RNA</i>) Citomegalovirus (<i>Detección DNA</i>) Herpes simplex virus 1 y (<i>Detección DNA</i>) Enterovirus (<i>Detección RNA</i>) Epstein Barr virus (<i>Detección DNA</i>) Adenovirus (<i>Detección DNA</i>) Parvovirus B-19 (<i>Detección DNA</i>) M. tuberculosis complex (<i>Detección DNA</i>) Varicela-zoster virus (VZV) (<i>Detección DNA</i>)

Los datos se deben cumplimentar con la máxima precisión para garantizar la calidad de los resultados