



SOLICITUD DE ARRAY-CGH

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	
ARRAY PRENATAL (5 ml de líquido amniótico) PANEL PRENATAL TA ONES D SPLAS AS ES EL T AS (5 ml de líquido amniótico) ARRAY POSTNATAL 60K (10 ml de sangre total EDTA) ARRAY POSTNATAL 180K (10 ml de sangre total EDTA) ARRAY POSTNATAL AUTISMO 180K (10 ml de sangre total EDTA) OTROS	

Para obtener la máxima información posible y la mejor eficiencia diagnóstica del array-CGH, 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.

Centro Inmunológico Alicante
c/Cristo de la Paz, 36-38 bajos
03550 - San Juan (Alicante)
965943133 - Fax 965943264
www.cialab.com admin@cialab.com



Identificación del paciente

Información clínica Señale con una cruz los datos compatibles con el paciente.

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

Por favor, incluya cualquier información relevante adicional

NOTA: Información clínica según las recomendaciones de la ICCG