



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

| DATOS DE FILIACIÓN | MUESTRA |
|--|--|
| Nombre: Sexo ecográfico: Edad gestación: | Código de la muestra: Fecha de toma de la muestra: / / |

| CENTRO REMITENTE |
|---|
| Centro remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto |

| INDICACIÓN: |
|---|
| Padres portadores de traslocación Aborto habitual Síndrome de Down previo Cromosopatía 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 37K <input type="checkbox"/> ESTUDIO MOLECULAR. <i>Especifique:</i> Enfermedad: Mutación a detectar: Estudio de familiares: | OTRAS PRUEBAS: |

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