

SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO
PRENATAL

MÉDICO SOLICITANTE

NOMBRE DEL MÉDICO*

SERVICIO

INSTITUCIÓN*

TELÉFONO

EMAIL*

CIUDAD

PAÍS

INFORMACIÓN DE LA
GESTANTE

NOMBRE*

FECHA DE NACIMIENTO* (dd/mm/aaaa)

Nº HISTORIA CLÍNICA

SEXO*

femenino

EN CASO DE FACTURAR AL PACIENTE:

NIF

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

POBLACIÓN

PAÍS

MUESTRA*

TIPO DE MUESTRA

☐

LÍQUIDO AMNIÓTICO

☐

VELLOSIDADES CORIÓNICAS

☐

SANGRE FETAL

☐

SANGRE MATERNA

☐

OTRO

LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA

FECHA Y HORA DE LA TOMA DE MUESTRA
(dd/mm/aaaa)

ESTUDIO SOLICITADO*

☐ Investigación de contaminación materna
(enviar muestra de sangre materna [5 ml/EDTA]; la evaluación de todos los estudios moleculares de prenatal y cariotipo de CVS femeninos, dependen de la realización de este estudio adicional)

☐ Cariotipo☐ QF-PCR para aneuploidías de los cromosomas 13, 18, 21, X e Y☐ Array CGH☐ Mutación familiar (adjuntar informe genético del caso índice)*Gen y mutación (o mutaciones)**RefSeq*☐ Fibrosis quística (mutaciones frecuentes del gen *CFTR*)☐ Panel NGS displasias esqueléticas☐ Panel NGS síndrome de Noonan y fenotipo Noonan☐ Panel NGS para craneosinostosis☐ Otro – para otros análisis consulte www.cgcggenetics.com

INFORMACIÓN CLÍNICA*

EDAD GESTACIONAL EN LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA

_____ semanas, _____ días.

☐ Edad materna avanzada (35+)☐ Cribado prenatal con riesgo aumentado☐ TN aumentada☐ Anomalía(s) ecográfica(s) _____☐ Historia familiar de _____☐ Otro _____

continuar en la página siguiente

Confirmando que (i) el paciente (o representante legal) consiente la realización del test y obtuvo el consentimiento informado del mismo, (ii) el consentimiento informado del paciente cumple los requisitos obligatorios por ley y que (iii) y que facilito a CGC Genetics toda la información clínica indispensable para la realización del test.

Confirmando que (i) he sido informada sobre los beneficios, riesgos y limitaciones del test a realizar, (ii) hice todas las preguntas que considero pertinentes y entendí las explicaciones y (iii) comprendo que un resultado normal no garantiza un bebé normal. Autorizo la realización del estudio genético solicitado y la utilización de la muestra para este fin.

☐ Conforme ☐ No conforme

La muestra puede ser utilizada también para fines de investigación científica.

☐ Conforme ☐ No conformeFIRMA DEL MÉDICO _____
(obligatorio)

Fecha: _____ / _____ / _____

FIRMA DE LA GESTANTE _____
(utilizar en el caso de que no exista otro consentimiento informado)

Fecha: _____ / _____ / _____

