

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO PRENATAL

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

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

INDICACIÓN:

OTROS DATOS DE INTERÉS (antecedentes familiares)

PRUEBAS SOLICITADAS	
<p align="center"><u>CITOGÉNÉTICA/MOLECULAR</u></p> <input type="checkbox"/> CARIOTIPO FETAL <input type="checkbox"/> QF-PCR Se requiere también 10 ml sangre total EDTA de la madre <input type="checkbox"/> ARRAY OPTIMA PRENATAL <input type="checkbox"/> ESTUDIO MOLECULAR. <i>Especifique:</i> Enfermedad: Mutación a detectar: Estudio de familiares:	<p align="center"><u>INFECCIOSAS (líquido amniótico)</u></p> <input type="checkbox"/> TORCH Toxoplasma gondii (<i>Detección DNA</i>) Rubeola virus (<i>Detección RNA</i>) Citomegalovirus (<i>Detección DNA</i>) Herpes simplex virus 1 y (<i>Detec.DNA</i>) <input type="checkbox"/> Enterovirus (<i>Detección RNA</i>) <input type="checkbox"/> Epstein Barr virus (<i>Detección DNA</i>) <input type="checkbox"/> Adenovirus (<i>Detección DNA</i>) <input type="checkbox"/> Parvovirus B-19 (<i>Detección DNA</i>) <input type="checkbox"/> M. tuberculosis complex (<i>Detección DNA</i>) <input type="checkbox"/> Varicela-zoster virus (VZV) (<i>Detección DNA</i>)
Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de pruebas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.	

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