

Datos del paciente

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: / /

Género:

Muestra

Código de la muestra:

Tipo de muestra:

Fecha de toma de la muestra:
 / /

Centro remitente

Servicio remitente:

Facultativo de contacto:

Teléfono de contacto:

Diagnóstico principal

Estudios realizados en familiares *(rellene sólo en caso de respuesta afirmativa)*

Pruebas solicitadas

- ARRAY CYTOSCAN OPTIMA PRENATAL
- ARRAY CYTOSCAN 750K
- OTROS

Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de pruebas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.

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

Identificación del paciente: _____

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

Historia perinatal

- Prematuridad
- Retraso en el crecimiento del feto
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Hidropsis fetal no inmune
- Otros:

Crecimiento:

- Retraso en el crecimiento
- Sobrecrecimiento
- Talla baja
- Otros:

Desarrollo cognitivo:

- Problemas de aprendizaje
- Retraso en el desarrollo motor
 - Retraso motor grueso
 - Retraso motor fino
 - Retraso en el habla
- Discapacidad intelectual
- Otros:

Comportamiento/Psiquiatría:

- Autismo
- Retraso generalizado en el desarrollo
- Trastorno de hiperactividad con déficit de atención
- Anormalidad conductual/psiquiátrica
 - Especifique cuál:
- Otros:

Cutáneos:

- Hiperpigmentación
- Hipopigmentación
- Otros:

Neurológico:

- Convulsiones
- Hipotonía
- Hipertonía
- Parálisis cerebral
- Encefalopatía
- Anormalidad cerebral estructural
 - Especifique cuál:
- Otros:

Cardíacos:

- Defecto septal atrial septal
- Defecto septal ventricular
- Hipertonía
- Parálisis cerebral
- Encefalopatía
- Anormalidad cerebral estructural
 - Especifique cuál:
- Otros:

Rasgos craneofaciales:

- Rasgos dismórficos
 - Especifique cuál:
- Malformación auricular
 - Especifique cuál:
- Labio leporino
- Paladar hendido
- Macrocefalia
- Microcefalia
- Otros:

Audición/Visión:

- Pérdida audición
 - Especifique cuál:
- Alteración de la visión
 - Especifique cuál:
- Alteración del movimiento ocular
 - Especifique cuál:
- Otros:

Musculoesquelético:

- Contracturas
- Pie zambo
- Hipertonía
- Hernia diafragmática
- Anomalía en extremidad
 - Especifique cuál:
- Polidactilia
 - Especifique:
- Sindactilia
 - Especifique:
- Anomalía vertebral
 - Especifique:
- Otros: :

Gastrointestinal

- Gastrosquisis
- Hernia umbilical
- Atresia anal
- Fístula traqueoesofágica
- Estenosis pilórica
- Otros:

Genitourinaria

- Genitales ambiguos
- Hidronefrosis
- Malformación renal
 - Especifique:
- Criptorquidia
- Hipospadias
- Otros:

Historia familiar

- Padres con ≥ 2 abortos involuntarios
- Familiares con similar historia clínica
 - Detalle

Por favor, incluya cualquier información relevante adicional