

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

ETIQUETA

SOLICITUD DE ESTUDIO GENETICO PRENATAL

Facultativo solicitante: _____

Servicio y Hospital: _____

ARRAY-CGH/CARIOTIPO + QF-PCR PARA ANEUPLOIDÍAS MÁS FRECUENTES

MUESTRA	<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Restos abortivos
	<input type="checkbox"/> Vellosoidad corial	<input type="checkbox"/> Otros estudios (indicar) (*)
	<input type="checkbox"/> Sangre de cordón	
IMPORTANTE: SE REQUIERE MUESTRA DE SANGRE MATERNA (EN EDTA) PARA QF-PCR		

MOTIVO DE ESTUDIO (marcar):

DATOS CLINICOS	<input type="checkbox"/> Alto riesgo por screening combinado de primer trimestre <input type="checkbox"/> Test prenatal no invasivo en ADN _{ic} fetal en sangre materna (NIPT)
	<input type="checkbox"/> Antecedentes de feto/hijo anterior con anomalía cromosómica (indicar nombre o adjuntar informe)
	<input type="checkbox"/> CIR precoz (<24 semanas) y severo (<3 percentil)
	<input type="checkbox"/> Defecto congénito mayor o hallazgos ecográficos de defectos menores (indicar) (*)
	<input type="checkbox"/> TN> 3,5 o 99 percentil
	<input type="checkbox"/> Padre/Madre portador/a de anomalía cromosómica o enfermedad genética (indicar nombre o adjuntar informe) (*)
	<input type="checkbox"/> Muerte fetal
	<input type="checkbox"/> Otras causas (indicar) (*)

INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO:

- Semanas de gestación: _____
- **Consentimiento informado:** SI NO (de conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un CI expreso y específico por escrito). Puede descargar el CI con los criterios de información de las variantes adoptados por el CBGC. 504273-CI PARA EL ESTUDIO PRENATAL POR ARRAY. v1.pdf (murciasalud.es)
- La paciente acepta que se conserven sus datos genómicos y el material biológico sobrante para posible reanálisis: SI NO
- La paciente desea que se le informe de los hallazgos incidentales: SI NO
- La paciente desea que se le informe de los posibles hallazgos secundarios que afectan a genes considerados accionables: SI NO

(*) Especificar:

.....
.....
.....

FECHA Y FIRMA

Fdo: Dr/a

Nota: El laboratorio desestimará la realización de este análisis si la hoja de solicitud no está debidamente cumplimentada y/o la muestra no es adecuada para su estudio

Fecha edición: 26.10.2022

Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Bloque Técnico, -2. Av. Primero de Mayo, 143. El Palmar. 30120-Murcia.T: +34 968 381166.