

Recepción muestras en 4ª planta Torre A  
Teléfono U. Genética 244686 / 244687

Fecha solicitud:

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE			(puede pegarse etiqueta identificativa)	OTROS DATOS	
NOMBRE				EDAD	
APELLIDOS				TALLA	cm
SIP		NHC		PESO	Kg
FECHA NACIMIENTO				Teléfono	

DATOS CLÍNICOS (Imprescindible rellenar todos los campos de forma precisa y legible)			
FUR:	EDAD GESTACIÓN ECOGRÁFICA	semanas	días
INDICACION TPNI Cribado combinado alto riesgo Valor de riesgo 1/ Otros (especificar)	HALLAZGOS ECOGRÁFICOS Traslucencia nucal _____ mm Otros (especificar)	GESTACIÓN	
		Única Gemelar Gemelo evanescente	Natural FIV Ovodonación
Comentarios/Antecedentes:			

PRUEBA SOLICITADA: TEST PRENATAL NO INVASIVO (TPNI)	
Muestra de sangre materna en un <b>TUBO STRECK</b> Primera muestra                      Segunda muestra	No desea conocer el sexo fetal
	No desea conocer posibles hallazgos incidentales

IDENTIFICACIÓN DEL/LA SOLICITANTE	
NOMBRE Y APELLIDOS	Nº COLEGIACIÓN
SERVICIO	HOSPITAL
TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO
Declaro que la paciente ha prestado <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> para la realización del TPNI.	Firma del/la solicitante
SIN LA FIRMA DE LA SOLICITUD, QUE INCLUYE LA DECLARACIÓN DE QUE SE HA OBTENIDO CI, NO SE EMITIRÁ INFORME. EI CI NO DEBE MANDARSE CON LA SOLICITUD. DEBE ENVIARSE A DIGITALIZAR PARA QUE ESTÉ EN LA HC DE LA PACIENTE.	

IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (a rellenar en toma de muestras)		
CÓDIGO DE BARRAS	FECHA EXTRACCIÓN	EXTRACCIÓN REALIZADA POR