

<b>INSTITUCION DE ORIGEN:</b>	<b>SOLICITUD DE ESTUDIO GENÉTICO A LA FJD DIAGNÓSTICO PRENATAL</b> Tfno: 91 550 48 72	HUFJD 13.7/P10/F3 Edición: 0
-------------------------------	--	---------------------------------

<b>SOLICITADO POR:</b> Nombre y apellidos:  Destinatario del informe:	<b>Detalles de contacto (teléfono e e-mail):</b>
<b>Destinatario: GENÉTICA (Laboratorio) FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ</b>	<b>Fecha de extracción:</b>
<i>Pegatina del/los paciente/s</i>	

**DATOS BÁSICOS PARA EL ESTUDIO:**

<b>DATOS DE LA MADRE:</b> Nombre y apellidos: Fecha de nacimiento: Identificador único (DNI, NHC):		<b>DATOS DEL PADRE:</b> Nombre y apellidos: Fecha de nacimiento: Identificador único (DNI, NHC):	
<b>Antecedentes familiares de la madre:</b>		<b>Antecedentes familiares del padre:</b>	
<b>Nº Gestaciones:</b>	<b>Nº Abortos:</b>	<b>Nº Partos:</b>	<b>Nº Cesáreas:</b>
<b>Nº Hijos sanos y sexo:</b>		<b>Nº Hijos afectos y sexo:</b>	
<b>FECHA ÚLTIMA REGLA:</b>		<b>SEMANAS DE GESTACIÓN:</b>	
<b>RIESGO COMBINADO DEL 1<sup>er</sup> TRIMESTRE</b>			
<b>MOTIVO DE ESTUDIO:</b>			
<b>SOSPECHA ECOGRÁFICA:</b>			

<b>MUESTRA:</b>	<b>Código de la muestra:</b>	
<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Muestra de sangre fetal	<input type="checkbox"/> Restos abortivos
<input type="checkbox"/> Vellosidad corial	<input type="checkbox"/> Otros (indicar):	
<b>SE SOLICITA:</b>		<b>URGENCIA:</b>
<input type="checkbox"/> Cariotipo	<input type="checkbox"/> Estudio molecular (indicar):	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> FISH/PCR 13, 18, X e Y		

El facultativo solicitante de la prueba declara haber entregado al paciente el Consentimiento Informado correspondiente.

Firma Facultativo:  
Nº Colegiado: