

Información paciente				
Datos demográficos				
Nombre	Apellidos	Fecha Nacimiento	Peso	Talla
NIF	Id. Muestra			
Dirección	Ciudad		Provincia	
Historia obstétrica				
Núm de partos previos		Núm. Abortos espontáneos previos		
Nº interrupciones voluntarias del embarazo		Fecha del último parto /aborto (mes/año)		
Núm. de embarazos previos anómalos		Historia de embarazos con anomalías Cromosómicas o enf. genéticas		
Embarazo actual				
Fecha última regla/LMP		Embarazo por FIV	SI	NO
Fecha probable parto (FPP)		Si FIV, óvulos propios	SI	NO
		Si donación óvulos, edad de la donante:		
Información ecográfica				
Fecha última ecografía		Edad gestacional ecográfica		
Tipo embarazo	Simple	Embarazo múltiple		
Medidas fetales	Normal	menor que edad gestacional		
		mayor que edad gestacional		
Estudio de estructura	Normal	Anomalías (Especificar)		
		No realizado		
Sreening previo de trisomía 21 / Previous T21 screening				
<input type="radio"/> Si				
Tipo de Test:		TN+Test bioquímico 1er T.		
		Test bioquímico 1er T.		
		Marcadores ecográficos 2ºT		
		Solo TN 1T (o otros marcadores ecográficos)		
		Test bioquímico 2º T.		
		Test Combinado de 1er y 2º T.		
<input type="radio"/> No				
Historia familiar de enfermedad genética				
Portador de enfermedad genética				
Muestra de sangre				
Fecha de venopunción		Hora de venopunción		
Información del facultativo solicitante				
Nombre del Facultativo		Nombre Clínica/Hospital		
Teléfono		Dirección		
Firma y fecha		Motivo Solicitud		
Laboratorio				
Fecha recepción		Hora Recepción		

Limitaciones de la prueba

1. A pesar que los últimos datos de investigación indican que el test es altamente preciso, con una tasa de detección de trisomía 21 cercana al 100% y una tasa de falsos positivos inferior al 1%, esta prueba NO PUEDE SER CONSIDERADA COMO DIAGNOSTICA. Sólo debe ser considerada como una prueba de cribado muy eficiente pero de INVESTIGACION. Así pues, un resultado positivo siempre deberá ser confirmado mediante cariotipo convencional, y un resultado negativo, no puede excluir con total seguridad de un feto afecto por estas patologías. Esto es debido a varias limitaciones de la actual metodología.
2. Esta prueba presenta una serie de limitaciones que impiden que sea utilizada en casos de: madre con trisomía 21, embarazo muy temprano (<10SG), quimerismo, presencia de microduplicaciones, presencia de microdeleciones.
3. Si la madre embarazada ha recibido una transfusión de sangre alogénica, trasplante o terapia con células madre, existe la posibilidad de resultados no interpretables debido a la presencia de DNA exógeno.

Consentimiento para la realización de la prueba

1. Entiendo completamente la indicación de la prueba, el objetivo, sus características y potenciales riesgos de esta prueba. Mi doctor, Dr. _____, ha respondido a todas mis preguntas al respecto.
2. Entiendo perfectamente las limitaciones de este test, en particular que la tasa de detección de alteraciones estudiadas (cromosoma 13, 18, 21, X e Y) es cercana, pero NO es del 100%.
3. Los datos que he proporcionado sobre mi persona son correctos y ciertos.
4. Entiendo que el resultado del test estará listo en unas tres semanas desde que el laboratorio recibe la muestra, pero que podría estar listo en menos tiempo.
5. Me han informado que puede ser necesario volver a proporcionar sangre (3% de los casos).
6. Entiendo que los resultados son únicamente de investigación y para referencia, y que no tienen ninguna validez diagnóstica.
7. Estoy de acuerdo con proporcionar información acerca de mi embarazo, en especial si mi futuro bebé estuviera afectado por alguna enfermedad genética de algún tipo. Entiendo y autorizo a que mi médico me contacte para conocer esta información.
8. Doy mi consentimiento para el uso de los datos clínicos por parte de mi laboratorio con finalidades de auditoría, garantía de la calidad e investigación, siempre y cuando mi persona permanezca en el anonimato e inidentificable, y toda la información que he proporcionado sea excluida de cualquier publicación. Podré ejercer mis derechos y revocar este consentimiento en cualquier momento, dirigiéndome a mi laboratorio.
9. Sobre los datos de carácter personal: De acuerdo con la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente, y la Ley 15/1999 de Protección de los Datos Personales, el solicitante del test debe estar en posesión del consentimiento escrito del paciente (y/o de sus representantes legales) para la realización de este test y el tratamiento de sus datos personales. La información recopilada en este formulario será incorporada en un fichero automatizado confidencial registrado en la Agencia Española para la Protección de Datos, bajo los términos establecidos en la Ley 15/1999, con la finalidad de realizar el estudio genético aquí solicitado. El paciente, o sus representantes legales, pueden ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación o oposición, dirigiendo un escrito a la siguiente dirección: Reference Laboratory, C/ Pablo Iglesias nº 57, 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Paciente	FIRMA	LUGAR y FECHA

Dr.	FIRMA	LUGAR y FECHA