

No escriba en esta zona gris. Sólo uso interno para Juno Genetics	Número de Juno Genetics	Fecha de recepción	Recibido por

** Los apartados marcados con (*) son obligatorios para solicitar la prueba*

INFORMACIÓN PACIENTE		INFORMACIÓN CLÍNICA REMITENTE	
Nombre paciente *		Médico remitente *	
NHC paciente *		E-mail médico	
Fecha nacimiento paciente *	dd / mm / aaaa	Clínica remitente *	
E-mail paciente		E-mail donde enviar los resultados *	

INDICACIONES DE LA PRUEBA *
<input type="checkbox"/> Edad materna avanzada (> 35 años) <input type="checkbox"/> Bajo riesgo / petición paciente <input type="checkbox"/> Cribado en sangre alterado <input type="checkbox"/> Ecografía anormal <input type="checkbox"/> Historia familiar o personal de riesgo de aneuploidías cromosómicas <input type="checkbox"/> Otros _____

INFORMACIÓN CLÍNICA			
Edad gestacional *	_____ Semanas y _____ días		
Método de cálculo de la edad gestacional*	<input type="checkbox"/> Último periodo menstrual <input type="checkbox"/> Fecha de transfer/IA <input type="checkbox"/> Longitud céfalo-caudal <input type="checkbox"/> Otro _____		
Tipo de embarazo	<input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> IVF	Fecha extracción sangre *	
	<input type="checkbox"/> Ovodonación <input type="checkbox"/> IUI	Fecha nacimiento donante	dd / mm / aaaa
Peso madre (kg)		Altura madre (cm)	
Tipo de gestación *	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Gemelo evanescente		
Información médica relevante (seleccionar sólo si está presente)	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre reciente <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Inmunoterapia o terapia con células madre		
	<input type="checkbox"/> Mosaicismo/Quimera <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otros _____		

TIPO DE TEST SOLICITADO	
TEST NEO24	Detección de aneuploidías fetales para todos los cromosomas. Si se detecta aneuploidía en embarazos gemelares, no es posible determinar que feto está afectado por la aneuploidía.
¿Desea conocer el sexo del feto? * <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
* Si se detecta una anomalía en los cromosomas sexuales en un embarazo único, se comunicará el sexo, aunque se seleccione 'No'. En el caso de los embarazos gemelares, sólo se informa de la presencia del cromosoma Y. Las anomalías de los cromosomas sexuales no se notifican en los embarazos gemelares.	

SOLICITUD DE LA PRUEBA NEO POR UN PROFESIONAL SANITARIO AUTORIZADO *			
Certifico que estoy legalmente autorizado para solicitar exámenes o utilizar información médica, y que los datos del paciente facilitados en este formulario son exactos según mi conocimiento. He explicado la prueba y sus limitaciones al paciente o pacientes y he respondido según mis capacidades a cualquier pregunta relacionada. Confirmando que el paciente ha cumplimentado y firmado el consentimiento informado adecuado para la prueba NEO seleccionada y que dispongo de una copia del mismo. Acepto proporcionar cualquier información adicional solicitada por Juno Genetics si fuera necesario.			
Firma del profesional sanitario remitente *		Fecha *	dd / mm / aaaa