	<b>Sistema de Gestión Integrado Registro</b>	<b>RG 816</b>
		Rev. 3
Variables Pre analíticas para Formulario Web		Sector: SAB

### Variables pre analíticas para solicitud Web – Test prenatal no invasivo (NIPT)

**Importante:** Este documento tiene como objetivo guiar al profesional sobre la información a ingresar al momento de la solicitud del estudio en nuestro sistema. No es un documento válido para el ingreso de la muestra, toda solicitud de estudio debe realizarse a través del formulario Web integrado en nuestra extranet. Caso contrario el ingreso será rechazado debiendo realizar la solicitud a través de nuestro sistema y enviar una nueva muestra.

En caso de ser una repetición de un primer estudio de Cibic, se debe tener a disposición el número de ID anterior (CIBIC)

Opcional: ID externo (codificación de la muestra propia del laboratorio derivante)

#### Datos maternos:

- Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_
- Altura (en cm): \_\_\_\_\_
- Peso (en Kg): \_\_\_\_\_

#### Estudio a realizar:

NIPT básico (2735):


- Aneuploidías en los cromosomas 21, 18, 13
- Aneuploidías en los cromosomas del par sexual: Monosomía de X (Síndrome de Turner), trisomía X (Síndrome de Triple X), XXY (Síndrome de Klinefelter) y XYY (Síndrome de Jacobs) \*\*
- Sexo fetal (opcional):  SI /  NO

NIPT ampliado (2235):

- Aneuploidías en todos los cromosomas
- Aneuploidías en los cromosomas del par sexual: Monosomía de X (Síndrome de Turner), trisomía X (Síndrome de Triple X), XXY (Síndrome de Klinefelter) y XYY (Síndrome de Jacobs) \*\*
- Microdeleciones/microduplicaciones patogénicas \*\*\*
- Sexo fetal (opcional):  SI /  NO

*\*\*Sólo para gesta única o embarazo gemelar monocorial*

*\*\*\*Sólo para gesta única o embarazo gemelar monocorial. El VPP de las CNVs es muy bajo o desconocido, por lo que los hallazgos ecográficos son muy importantes para su interpretación y asesoramiento genético, para establecer el correlato clínico entre la variante hallada y el potencial compromiso fetal.*

	<b>Sistema de Gestión Integrado Registro</b>	<b>RG 816</b>
		Rev. 3
Variables Pre analíticas para Formulario Web		Sector: SAB

**Muestra:**

- Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_\_
- Semanas de gestación **al momento de la toma de la muestra:** \_\_\_\_\_
- Días de gestación **al momento de la toma de la muestra:** \_\_\_\_\_

**¿Desea saber el sexo fetal?**

- SI
- NO

**Sexo fetal por ecografía**

- Femenino
- Masculino
- No sabe


**Sobre las características de la gesta:**

- Embarazo gemelar (marque lo que corresponda) NO [ ] / SI [ ]
  - En caso afirmativo, responder: Monocorial [ ] Bicorial [ ] No sabe [ ]\*  
*(\*Si desconoce la corionicidad de la gesta, los resultados serán informados considerando las limitaciones de un embarazo bicorial)*
- Embarazo con gemelo reabsorbido o *vanishing twin* NO [ ] / SI [ ]
- Embarazo por tratamiento de fertilidad: SI [ ] / NO [ ]
  - En caso afirmativo, ¿Cuál?: a- Ovodonación [ ]. Edad de ovodonante: \_\_\_\_\_
  - b- Embriodonación [ ]
  - c- Criopreservación de óvulo [ ]. Edad materna a la fecha de la criopreservación: \_\_\_\_\_
  - d- Fecundación in Vitro (FIV) [ ]
  - e- espermodonación
  - f- Inseminación Artificial
  - g- Criopreservación de esperma
  - h- Otro [ ]. Especifique: \_\_\_\_\_
- Embarazo por subrogación de útero: SI [ ] / NO [ ]
  - En caso afirmativo, indicar:
    - Nombre padre/progenitor: \_\_\_\_\_
    - Nombre madre/progenitora: \_\_\_\_\_

**Indicación del estudio:**

Se debe indicar como afirmativa al menos una de las mismas. En caso de considerar que ninguna de las indicaciones cumple con los criterios de realización del estudio, marcar NO en todos los boxes e indicar detalladamente en observaciones la indicación del estudio.

- Edad materna avanzada: SI [ ] NO [ ]
- Screening del 1er trimestre alterado: SI [ ] NO [ ]. *En caso afirmativo, adjuntar informe*
- Anomalías ecográficas fetales: SI [ ] NO [ ]. *En caso afirmativo, adjuntar informe*
- Bajo riesgo/voluntad materna: SI [ ] NO [ ]
- Observaciones: \_\_\_\_\_

	<b>Sistema de Gestión Integrado Registro</b>	<b>RG 816</b>
		Rev. 3
Variables Pre analíticas para Formulario Web		Sector: SAB

**Antecedentes personales:**

- Refiere antecedentes de diagnóstico (personal) de algún tipo de cáncer previo a este estudio: NO [ ] SI [ ]
- Recibió trasplante de algún órgano o tejido previo a este estudio: NO [ ] SI [ ].
  - En caso afirmativo, indicar sexo del donante: Femenino [ ] Masculino [ ]

**El formulario Web tiene un campo de observaciones donde podrá agregar información extra, como por ejemplo:**

- Indicación del estudio
- Refiere diagnóstico de alguna enfermedad crónica de base: NO [ ] SI [ ].
  - En caso afirmativo, cuál: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Refiere ingesta de algún medicamento en forma crónica/o durante el embarazo: NO [ ] SI [ ].
  - En caso afirmativo, cuál: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_