

Formulario de Solicitud de la prueba y consentimiento Informado

Test request form and informed consent

Asegúrese de que rellena los datos claramente y en LETRAS MAYÚSCULAS

Make sure you clearly fill in all the data in CAPITAL LETTERS

Escriba claramente todos los dígitos del código de barras en el tubo de la prueba suministrado con el kit

Write clearly all the digits of the barcode you find on the test tube provided with the kit

N	P								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Información de la paciente - Pregnant Woman

Nombre - Name

Dirección - Address

Apellido - Surname

Código Postal - Postal Code

Fecha de nacimiento - DOB
DD/MM/AAAA

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Ciudad - City

País - Country

Número Fiscal - Fiscal Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Teléfono - Phone

Email - Email

Información del médico solicitante - Physician

Nombre - Name

Declaro que la mujer embarazada que se somete a la prueba ha sido informada de manera exclusiva sobre la prueba NATIVA, sus características, sus límites y que la mujer embarazada ha dado su consentimiento libremente para la realización de esta prueba. Acepto proporcionar a BioRep S.r.l. o su delegado cualquier información adicional que sea razonablemente necesaria para realizar la prueba.

Apellidos - Surname

Dirección - Address

Fecha - Date
DD/MM/AAAA

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Código Postal - Postal Code

Ciudad - City

País - Country

Firma del Doctor/a - Physician's Signature

Número de Teléfono - Phone

Email - Email

Información clínica I - Embarazo - Pregnancy

Tipo de Embarazo
Type of Pregnancy

- Embarazo único
Singleton Pregnancy
- Embarazo gemelar
Twin Pregnancy

¿Ha recurrido a fertilización *in vitro*?

Did you resort to in vitro fertilization?

- Sí - Yes
- No - No

Fecha de la última menstruación
Last menstruation date

DD/MM/AAAA

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Si se trata de fertilización *in vitro*
If it regards an in vitro fertilization

- Es el óvulo de la gestante
It is the pregnant woman's egg cell
- El óvulo no es de la gestante
It is not the pregnant woman's egg cell

Fecha de parto prevista
Expected date of delivery

DD/MM/AAAA

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

En caso de un embarazo por ovodonación, especifique la edad de la donante. (Si es conocida)

In case of donor egg pregnancy, specify donor's age. (If known)

--	--

Información clínica II - Clinical Information

CÓDIGO DE BARRAS
BARCODE

Fecha de recolección de la muestra de sangre

Collection date of the blood sample / /

DD/MM/AAAA

Hora de la recolección de la sangre

Time of blood collection :

HH:MM

Edad gestacional al momento de la recolección de la sangre

Gestational age at the time of blood collection +

SS + D

Método utilizado para medir la edad gestacional facilitada

Examinación por Ecografía

Fecha de la última menstruación

Fertilización *in vitro*

Peso de la gestante en el momento de recolección de la muestra de sangre

Body weight of the pregnant woman at the time of blood collection

Kg

Estatura de la gestante en el momento de recolección de la muestra de sangre

Height of the pregnant woman at the time of blood collection

Cm

Edad de la madre > 35 años
Mother's age > 35 years

Anomalía en Examinación por Ecografía
Ultrasound Examination Anomaly

Prueba de detección positiva en suero materno
Positive maternal serum screening test

Prueba de detección Bi-Test del primer trimestre positiva
Positive first trimester screening test (Bi-Test)

Embarazos previos con aneuploidías
Previous pregnancies with aneuploidies

Otros

Other Especificar - Specify

La mujer embarazada acuerda, antes de hacer la muestra anónima, donar la parte restante de la muestra después de la realización de la prueba con el único propósito de utilizarla en procedimientos de laboratorio para calibración, prueba y mantenimiento de las máquinas.

Sí Yes No No

Prueba - Test

NATIVA

Análisis de los cromosomas 21, 13, 18 es (en cualquier caso) realizado.

Analysis of chromosomes 21, 13, 18 is - in any case - performed.

Embarazo único – Singleton Pregnancy

Embarazo gemelar – Twin Pregnancy

1. Análisis de aneuploidías de los cromosomas sexuales

Sexual chromosomes aneuploidy analysis
XO, XXX, XYY, XXY

Sí - Yes No

1. 1 Quiero saber el sexo del feto

I want to know the sex of the fetus

El sexo del feto no se puede analizar si se excluye el análisis de las aneuploidías de los cromosomas sexuales (punto 1. anterior)

Sí - Yes No

2. Análisis de la presencia del cromosoma Y

Analysis of the presence of Y chromosome Si No

La detección del cromosoma Y revela que al menos uno de los dos fetos es masculino. No determina si solo uno o ambos fetos son varones.

Detection of the Y chromosome reveals that at least one of the two fetuses is male. It does not determine whether only one or both fetuses are male.

NOTA - NOTE

El hecho de no seleccionar las opciones anteriores las excluye del análisis.

Las opciones que no se hayan seleccionado no se incluirán en el informe y no se podrán solicitar en otro momento.

Failure to select the above options excludes them from the analysis.

Options, which have not been selected, will not be included in the report and cannot be requested at a later time.

Consentimiento de la paciente - Pregnant Woman's Consent

Al firmar este formulario: (i) Confirmando que se me ha proporcionado información detallada y exhaustiva de la prueba NATIVA, sus características y sus límites; (ii) Confirmando que se me ha brindado la oportunidad de solicitar información adicional a la que se me proporcionó y de hablar con mi médico sobre los beneficios, riesgos y límites de la prueba NATIVA; (iii) Confirmando que he podido hablar con mi médico sobre la fiabilidad de los resultados en relación con las diferentes enfermedades o condiciones; (iv) Confirmando que he recibido y leído el formulario de solicitud de la prueba completo que recibí como copia; (v) Confirmando que se me ha informado que la prueba NATIVA no es una prueba definitiva para el diagnóstico de enfermedades y/o malformaciones, que los resultados de la prueba NATIVA no deben considerarse como la única base de la decisión clínica y que sin embargo, antes de tomar cualquier decisión médica o terapéutica, es aconsejable llevar a cabo una consulta genética con un especialista y /o pruebas adicionales y análisis médicos para confirmar el resultado indicado en el informe; (vi) Confirmando que he recibido, leído y firmado el "Formulario de Información sobre la prueba prenatal no invasiva que analiza el ADN fetal desde sangre materna"; (vii) Doy mi consentimiento para el procesamiento de mis datos de salud relacionados con el material biológico recolectado como muestra para la realización de la prueba NATIVA según lo informado en el aviso de privacidad que me dio mi médico; (viii) Acepto que se realice la prueba NATIVA en mi material biológico, y (ix) me comprometo a evaluar los resultados de la prueba NATIVA con mi especialista.

Firma de la paciente - Pregnant Woman's Signature

Fecha - Date / /

DD/MM/AAAA