

	CUESTIONARIO PARA MARCADOR GESTACIONAL EN SUERO		CÓDIGO: F-OPE-06	VERSIÓN: 00
			SUSTITUYE A: N/A	VERSIÓN: N/A
			OFICIAL.: NOV 2022	VIGENCIA: NOV 2025
	Laboratorio de Referencia ELL, S.A. DE C.V.			

DD / MM / AAAA	HH:MM	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	EXCLUSIVO ELI	EXCLUSIVO ELI
FECHA Y HORA DE LA TOMA		FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN ELI	FOLIO	

NO. CLIENTE	NOMBRE DEL LABORATORIO	MEDICO TRATANTE
-------------	------------------------	-----------------

NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO	FUR	EDAD GESTACIONAL POR FUR
DD / MM / AAAA	DD / MM	

PESO: _____ Kg ESTATURA: _____ cm

RAZA:

<input type="checkbox"/>	LATINA	GESTACIONES:	_____
<input type="checkbox"/>	NEGRA	PARTOS:	_____
<input type="checkbox"/>	CAUCÁSICA	CESÁREAS:	_____
<input type="checkbox"/>	OTRA: _____	ABORTOS:	_____

GESTACIÓN MÚLTIPLE TABAJUISMO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Otro
DIABETES MELLITUS MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II
MARCADORES BIOQUÍMICOS ANORMALES PREVIOS USG ANORMAL	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especificar: _____ Especificar: _____ Especificar: _____
HIJO PREVIO CON CROMOSOMOPATÍA	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especificar: _____

ESTUDIO SOLICITADO	
<input type="checkbox"/> DUO MARCADOR (SEMANA 9 a 13)	SEMANA _____
<input type="checkbox"/> TRIPLE CUADRUPLE MARCADOR (SEMANA 15 A 22)	SEMANA _____

IMPORTANTE

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad, de forma legible y entregado junto con la muestra del paciente, la solicitud de estudios de maquila y el USG. En caso de incumplimiento, la muestra será retenida sin proceso.