

Escribir en el recuadro el número de caso Renacyl que figura en el SMS

SEGUNDAS MUESTRAS
FICHA PRUEBA DEL TALÓN

Datos del Niño

Lugar de Nacimiento

Hospital

Domicilio *Fuera CYL* *Otros*

Centro que recoge muestra

APELLIDOS

NOMBRE

Fecha nacimiento

Hora nacimiento

Sexo

Semanas gestación

Múltiple

Peso (kg)

Talla (cm)

Tipo parto

Serología HEPATITIS B durante embarazo (Antígeno HBs materno)

Fecha toma muestra: ____ / ____ / ____ Hora: ____

Transfusión: Sí No Fecha: ____ / ____ / ____

Medicamentos: Sí No

Íleo meconial: Sí No

Alimentación: Materna Artificial Parenteral

Observaciones:

Patología tiroidea padres

P. origen madre

P. origen padre

Datos de la Madre

APELLIDOS

NOMBRE

N.I.F.

Teléfono

Teléfono

Dirección

Código postal

Localidad

Provincia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO GENÉTICO

He recibido (madre/padre/tutor) información oral y escrita sobre las pruebas a realizar al recién nacido. De acuerdo a esta información he entendido que, en caso necesario, el diagnóstico de fibrosis quística se completará con estudio genético que se realizará utilizando la misma muestra de sangre tomada para la prueba del talón.

Nombre y apellidos:.....

Firma: