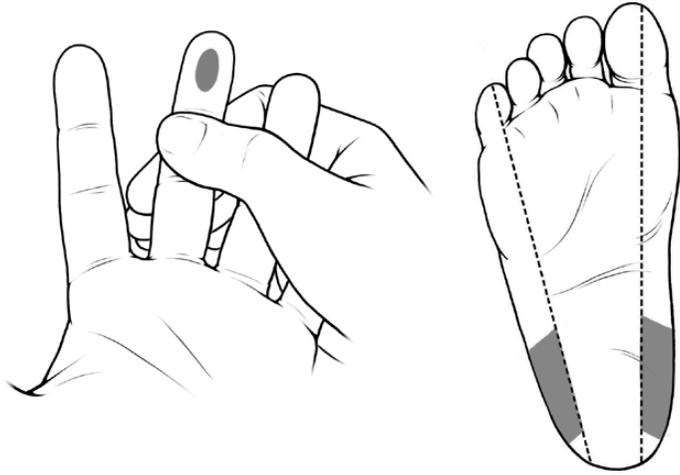


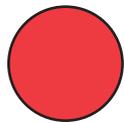
RECOLECTE LA MUESTRA DE LA ZONA SOMBREADA.



PAPEL DE FILTRO PARA RECOLECCIÓN DE GOTAS DE SANGRE

RECOLECCIÓN POR PINCHAZO EN EL TALÓN (BEBÉS) O
EL DEDO DE LA MANO (NIÑOS Y ADULTOS)

ACEPTABLE



Círculo lleno y
completamente saturado

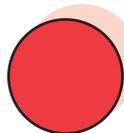
INACEPTABLE



Capas

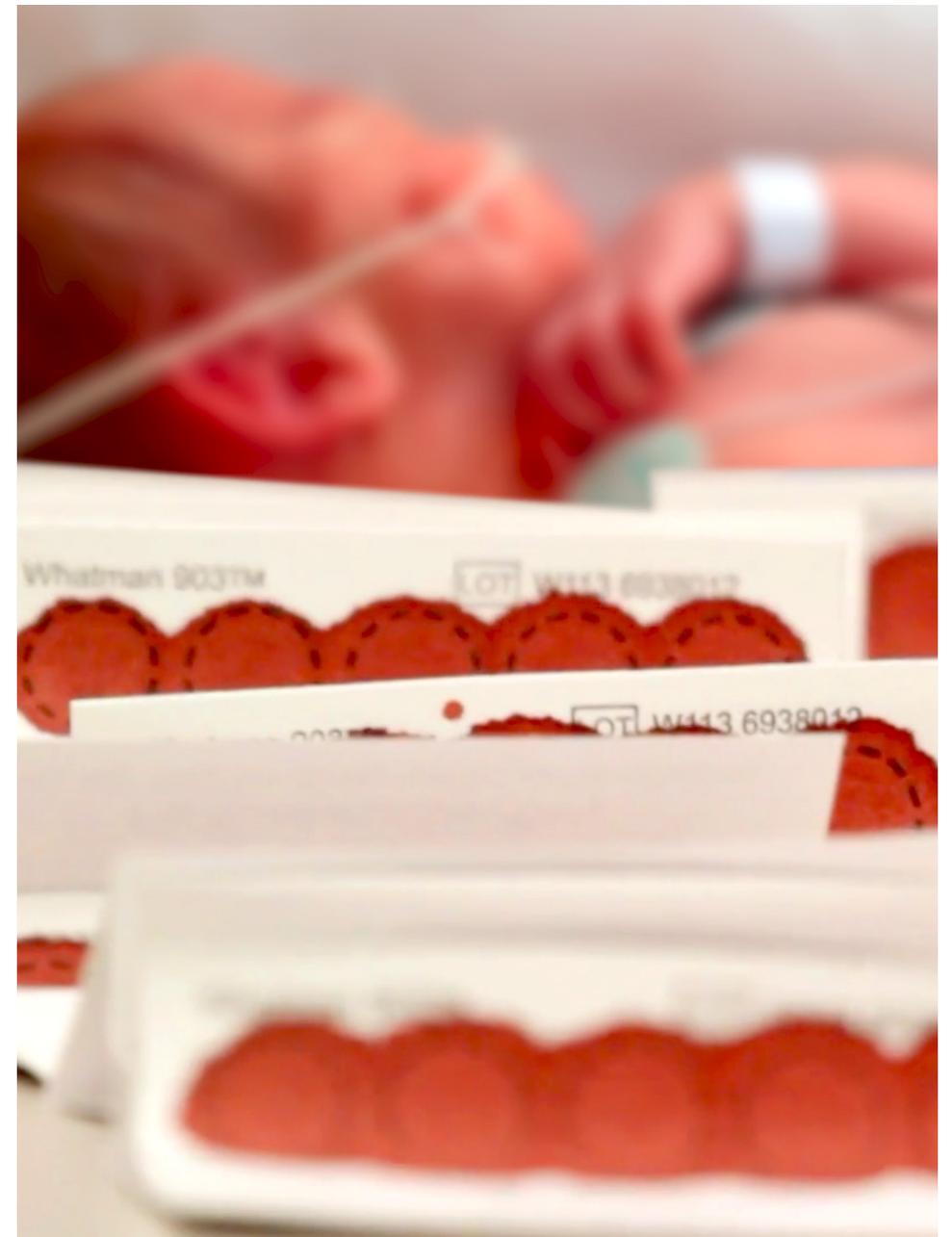


Insuficiente,
múltiples aplicaciones



Presencia de anillos séricos

Llene toda la información solicitada en el papel de filtro.
Si el pedido no se realiza por vía electrónica, llene también un
formulario de solicitud del Laboratorio de Genética Bioquímica
(n.º T439).



PARA USOS EN LAS SIGUIENTES APLICACIONES:

Exámenes de detección neonatal de primer y segundo nivel de Mayo Clinic Laboratories (MCL, por sus siglas en inglés).

- Se debe recolectar la muestra sin importar el estado de alimentación.
- Esta prueba no forma parte de los exámenes de detección exigidos por el estado.

Pruebas de Mayo Clinic Laboratories que admitan muestras de gotas de sangre seca.

- Las pruebas mediante gotas de sangre pueden realizarse en personas de cualquier edad, a menos que se indique lo contrario en el catálogo de análisis clínicos.

Las instrucciones de recolección de las muestras se encuentran al dorso.

INSTRUCCIONES: RECOLECCIÓN DE SANGRE POR PINCHAZO EN EL TALÓN O EL DEDO DE LA MANO

1. Coloque un calentador o un paño caliente alrededor del talón o la mano que se usará para recolectar la sangre durante, al menos, 5 minutos. Esto favorece la circulación sanguínea y facilita la recolección.
2. Esterilice la piel del talón o del dedo de la mano con alcohol para frotar, déjela secar y haga un pinchazo con una lanceta estéril del tamaño o el largo adecuado para la edad. Nota: Si hace el pinchazo de forma transversal a los surcos de la huella digital, se formará una gota de sangre, en lugar de que se escurra por el dedo.
3. Con una gasa, elimine la primera gota de sangre. Espere a que se formen gotas grandes y aplíquelas directamente al papel de filtro. Si el sangrado es lento, mantenga la extremidad por debajo del nivel del corazón (es decir, cuelgue el brazo o deje la pierna en posición vertical).
4. Llene completamente todos los círculos con sangre hasta que esta sature el papel en todo su espesor (vea las figuras más adelante). Los círculos llenos deben tener el mismo aspecto en ambos lados del papel.
5. Espere que la sangre se seque a temperatura ambiente y en posición horizontal durante 3 horas o más.
 - No apriete el tejido para obtener la sangre.
 - No use dispositivos que contengan tubos capilares ni ácido etilendiaminotetraacético (EDTA).
 - No aplique la muestra a ambos lados del papel de filtro.
 - No exponga el papel de filtro al calor, la humedad o la luz solar directa.
 - No retenga las muestras hasta formar lotes. Envíelas inmediatamente a Mayo Clinic Laboratories.
 - No apile muestras que no estén secas.
6. Envíe las muestras secas por servicio de entrega al día siguiente, a más tardar 24 horas después de su recolección, a:

Mayo Clinic Laboratories
3050 Superior Drive NW
Rochester, Minnesota 55901

Mayo Clinic Laboratories le dará formato a esta sección e incluirá el número de paciente en Mayo Clinic, la fecha de caducidad, etc.
 Anote firmemente toda la información en letra de imprenta con un bolígrafo. MC1678-03revWP1h

MCL Blood Spot Collection Card		Papel de filtro para recolección de gotas de sangre de MCL			
Patient ID (Medical record No.)	Patient Name (Last, First, Middle)	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Birth Date (MM, DD, YYYY)	Collection Date (Month, DD, YYYY)	Collection Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Identificación del paciente (n.º de expediente médico)	Nombre del paciente (apellidos, nombre, segundo nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (MM, DD, AAAA)	Fecha de recolección (MM, DD, AAAA)	Hora de recolección <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.
Reason for Referral:	Submitting Physician	Physician phone	Test ordered	Physician fax	
Razón de la remisión:		Teléfono del médico	Prueba solicitada	Fax del médico	
Newborn Screening Exámenes de detección neonatal					
Birth Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Birth Weight (In grams)	Multiple Births (Birth order A, B, C, etc.)	Premature <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Gestational Weeks (No.)	First Feeding Date
Hora del nacimiento <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Peso al nacer (gramos)	Parto múltiple (orden del nacimiento: A, B, C, etc.)	Prematuro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Semanas de gestación (cant.)	Fecha de la primera alimentación
Feeding Type <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> TPN	Special Circumstances (check all that apply)	Second Test <input type="checkbox"/> Home Birth <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Transfused - Transfusion Date:			First Feeding Time
Formula - Trade Name: <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> NPT	Circunstancias especiales (marque todas las aplicables)	Repetición de la prueba <input type="checkbox"/> Parto domiciliar <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Transfusión; fecha:			Hora de la primera alimentación
Leche de fórmula; marca comercial:					
Mother's Name (Last, First, Middle)	Mother's Birth Date (Month, DD, YYYY)				
Nombre de la madre (apellidos, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento de la madre (MM, DD, AAAA)				
Race/Ethnicity (all that apply)	Raza o etnicidad (marque todas las aplicables)				
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Cambodian <input type="checkbox"/> Laotian (Loas) <input type="checkbox"/> Other SE Asian Filipino, <input type="checkbox"/> Middle Eastern	<input type="checkbox"/> Asian-East Indian <input type="checkbox"/> Hawaiian <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other (specify):				
<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> De origen hispano <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Camboyanana <input type="checkbox"/> Laosiana (Laos) <input type="checkbox"/> De otro país del sudeste asiático, filipina	<input type="checkbox"/> De Medio Oriente <input type="checkbox"/> Asiática del este de la India <input type="checkbox"/> Hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Americana <input type="checkbox"/> Otra (especificque):				
Risk Factors <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Factores de riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
(*If requested test is for a first or second tier newborn screen, fill out all information in Infant section)					
(* Si se está solicitando exámenes de detección neonatal de primer o segundo nivel, llene toda la información en la sección sobre el bebé).					
Affix Barcode Label Here Fije aquí la etiqueta de código de barras.					

000000

000000

PAPEL DE FILTRO S&S 903™

LLENE COMPLETAMENTE TODOS LOS CÍRCULOS CON SANGRE.

LA SANGRE DEBE IMPREGNAR EL PAPEL EN TODO SU

ESPESOR.