



Recolecte la muestra de la zona sombreada.



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).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL PAPEL DE FILTRO PARA RECOLECCIÓN DE GOTAS DE SANGRE DE MAYO CLINIC

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



Para usos en las siguientes aplicaciones:

- ▶ Pruebas de detección MML de primero y segundo nivel en recién nacidos.
 - Se debe recolectar la muestra en un plazo de 24–48 horas, sin importar el estado de alimentación.
 - Para recién nacidos que tengan menos de 24 horas de nacidos, se debe repetir la recolección de la muestra en el plazo de 1 semana del nacimiento.
 - Esta prueba no forma parte del programa de detección exigido por los estados.
- ▶ Pruebas de MML que admitan muestras de sangre seca en papel de filtro.
 - Las pruebas de sangre seca en papel de filtro 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 punción del talón o del dedo de la mano

1. Esterilice la piel del talón o del dedo de la mano con alcohol isopropílico, déjela secar y puncione con una lanceta estéril de no más de 2 mm de largo.
2. 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 hacia abajo.
3. Llene completamente todos los círculos con sangre para que esta saturé el papel en todo su espesor (vea las figuras, más adelante). Los círculos llenos deben tener el mismo aspecto en ambos lados del papel.
4. 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 o 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 Medical Laboratories.
 - No** apile muestras que no estén secas.
5. Envíe las muestras secas por servicio de entrega al día siguiente, a más tardar 24 horas después de su recolección, a:

Mayo Medical Laboratories
3050 Superior Drive NW
Rochester, MN 55901
EE. UU.

S&S 903™ FILTER PAPER
 000000

LLENE COMPLETAMENTE TODOS LOS CÍRCULOS CON SANGRE.
LA SANGRE DEBE IMPREGNAR EL PAPEL EN TODO SU ESPESOR.

Sólo para fines de referencia. No apto para su uso real.

MML Blood Spot Collection Card Papel de filtro para recolección de gotas de sangre de MML	
Patient ID (Medical record No.) ID del paciente <small>(n.º de historia clínica)</small>	Patient Name (Last, First, Middle) Nombre del paciente <small>(apellidos, nombre, segundo nombre (opcional))</small>
Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Birth Date (MM, DD, YYYY) Fecha de nacimiento <small>(MM, DD, AAAA)</small>
Reason for Referral Razón de la remisión	Collection Date (MM, DD, YYYY) Fecha de recolección <small>(MM, DD, AAAA)</small>
Submitting Physician Médico solicitante	Physician phone Teléfono del médico
MML Client Number (if known) N.º del cliente de MML (si se conoce)	MML Client Name Nombre del cliente de MML
Physician fax Fax del médico	Test ordered* Prueba solicitada*
Physician fax Fax del médico	Collection Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. Hora de recolección <small><input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.</small>
Infant Information *If requested test is for a first- or second- tier newborn screen, fill out all information in infant section Información sobre el lactante *Si se está solicitando una prueba de detección de primero o segundo nivel en recién nacidos, llene toda la información en la sección sobre el lactante.	
Birth Time <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Birth Weight (grams) Peso al nacer <small>(gramos)</small>
Multiple Births (birth order) A, B, C, etc.)	Parto múltiple (orden de nacimiento: A, B, C, etc.)
Hours of birth <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Repeat test <input type="checkbox"/> NICU Patient <input type="checkbox"/> Antibiots <input type="checkbox"/> Transfused - Transfusion Date: (MM, DD, YYYY) <small>Repetición de la prueba <input type="checkbox"/> Paciente de UCI <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Transfusión; fecha: (MM, DD, AAAA)</small>
Special Circumstances (check all that apply) Circunstancias especiales (marque todas las aplicables)	Risk Factors (check all that apply) <input type="checkbox"/> Family History of Abnormal NBS <input type="checkbox"/> Congenital Anomalies <input type="checkbox"/> Maternal Pregnancy Complications (eg. A/P, HELLP) <input type="checkbox"/> Deceased Sibling <input type="checkbox"/> Jaundice <small>Factores de riesgo (marque todos los aplicables) <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de anomalías en pruebas de detección para recién nacidos <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas <input type="checkbox"/> Complicaciones del embarazo materno (p. ej., A/P, HELLP) <input type="checkbox"/> Hermano fallecido <input type="checkbox"/> Ictericia</small>
Describe anything checked: Describe todas las opciones marcadas:	
Race/Ethnicity (check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <small>Raza/etnicidad (marque todas las aplicables) <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> De ascendencia latinoamericana <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra (especifique)</small>	
Mother's Name (Last, First, Middle) Nombre de la madre (apellidos, nombre, segundo nombre (opcional))	Mother's Birth Date (MM, DD, YYYY) Fecha de nacimiento de la madre (MM, DD, AAAA)
000000	

Instrucciones para llenar el papel de filtro para recolección de gotas de sangre • MC1678-03rev0715
 Anote firmemente toda la información en letra de imprenta con un bolígrafo.
 Esta página es solo para fines de referencia. No es apta para su uso real.

Papel de filtro para recolección de gotas de sangre de Mayo Clinic
 MC1678-03rev0715

Anote firmemente toda la información en letra de imprenta con un bolígrafo.