



SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOGENÉTICOS

Datos de filiación del paciente	Muestra
Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:	Código de la muestra: Tipo de muestra:
Centro remitente	
Servicio remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto:	

Orientación diagnóstica

Prueba solicitada
CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA (3 ml sangre total heparina de litio) OTROS. <i>Especifique:</i>
Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de pruebas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.

Todos los datos deben cumplimentarse con la máxima exactitud para garantizar la calidad de los resultados.
--