



## SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOGÉNÉTICOS

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

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