

SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOGENÉTICOS

Datos de filiación de pediatría	Muestra
Nombre:	Código de la muestra:
Primer apellido:	
Segundo apellido:	Tipo de muestra:
Centro remitente	
Servicio remitente:	
Facultativo de contacto:	
Télefono de contacto:	
Orientación diagnóstica	
Prueba solicitada	
CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA (3 ml sangre total heparina de litio) OTROS. Especifique:	
Se recuerda a los médicos peticionarios que para la realización de prueb	oas genéticas se debe tener el adecuado consentimiento informado.

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

Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18,

Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante Teléfono de Atención al Cliente: 965 94 31 33

Fax: +34 965 943 264

Email: admin@riberalabs.com

