

## Solicitud de estudios

Fecha y hora de recepción: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Hospitalizado          Ambulatorio

Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del paciente (con clave LADA): \_\_\_\_\_ Tel.Celular: \_\_\_\_\_

e-mail del médico: \_\_\_\_\_

e-mail del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico probable (resumen médico):

Fecha de toma de la muestra: \_\_\_\_\_

Tipo de muestra:

Sangre periférica      Médula ósea      Tejido tumoral      Amnios      Otro: \_\_\_\_\_

Tejido en parafina (ver requisitos de entrega):

### Estudios solicitado:

#### Para entregar en tubo heparinizado (verde):

Cariotipo (solo sangre periférica)  
Cariotipo de sangre periférica de leucemia  
FISH de sangre periférica y/o médula ósea  
Defina sonda a estudiar:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cariotipo amnios  
FISH de amnios (X, Y , 13, 18, 21)

#### Para entregar en tubo con EDTA (morado):

Dx. Molecular (defina estudio):  
\_\_\_\_\_

Citometría de flujo (defina estudio):  
\_\_\_\_\_

Tipificación de HLA  
\_\_\_\_\_

Otro estudio:

### Entrega de resultados:

e-mail

e-mail de entrega: \_\_\_\_\_

Recolección personal      Envío por paquetería certificada

Nota o comentario:

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien realiza la solicitud