



LABORATORIO DE CITOGENÉTICA HUCA

Planta Baja Edificio Materno-Infantil

Teléfono 985 108 000 Ext. 38095

FORMULARIO DE PETICIÓN

Médico peticionario (matrícula)	N.º Historia Tarjeta sanitaria
Servicio/Unidad	Primer Apellido
Hospital	Segundo Apellido
Fecha / /	Nombre
Fecha de extracción / /	Fecha nacimiento / / Edad Sexo M ☐ F ☐
	Servicio Situación
	Dirección
Firma	Población C.P.
	Telf. Fijo / Telf. Móvil

DATOS CLÍNICOS

Motivo:

Antecedentes familiares: ☐ SI ☐ NO

Sospecha diagnóstica:

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Semanas de gestación FUR

Hallazgos ecográficos a destacar

Técnica invasiva

Amniocentesis Biopsia Corial

PRUEBA GENÉTICA SOLICITADA

☐ Cariotipo

☐ FISH/QF-PCR

☐ Otros:

MUESTRA

SANGRE PERIFÉRICA: Tubo de heparina de litio sin separador (**TUBO VERDE**) 5 ml.

DECLARACIÓN DE EXISTENCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se recuerda que la solicitud implica la cumplimentación y firma del Consentimiento Informado y su inclusión en la historia clínica del paciente.