

 GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias	SERVICIO DE HEMATOLOGÍA PETICIÓN DE ESTUDIO CITOGÉNÉTICO: CARIOTIPO/FISH	
		Ed: 01

DATOS PACIENTE	
Medico.....	Nº Historia.....NºSS.....
Servicio.....	Apellidos.....
Hospital.....	Nombre.....
Fecha.....	Fecha de nacimiento...../...../.....Edad.....Sexo.....
Firma:	Servicio.....Situación.....

FECHA DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA **HORA**.....

ORIGEN DE LA MUESTRA	DIAGNOSTICO Y MOTIVO DE SOLICITUD
☐ Sangre periférica ☐ Médula ósea ☐ Otros (especificar) ☐	

ESTUDIO SOLICITADO						
CARIOTIPO						
HIBRIDACIÓN IN SITU FLUORESCENTE (FISH)						
☐	BCR/ABL	☐	inv (16)	☐	t(11;14)	Otra sonda (especificar)
☐	MLL	☐	t(8;14)	☐	MALT1	
☐	PML/RARA	☐	KIT LLC	☐	BCL6	Si procede, según diagnostico y cariotipo
☐	AML1/ETO	☐	t(14;18)	☐	CEP 8	
CALIDAD DE LA MUESTRA (A rellenar en el Laboratorio)						
Aspecto de la muestra y volumen:						
Presencia de grumo: Nada Poco Adecuado Mucho						
Celularidad:						
Tipo y Nº de cultivos:						

- Las muestras de medula ósea, sangre periférica y líquidos orgánicos deber extraerse en condiciones estériles, en Heparina Sódica sin gelosa (tubo de tapón verde). Los ganglios y tumores se deben enviar en frasco estéril, en fresco (sin anticoagulante, ni otros medios)
- Cantidad Mínima:
 - Medula ósea: 2 cc (enviar más muestra si se solicita cariotipo y FISH)
 - Sangre periférica: 10-30 cc dependiendo de cifra de leucocitos
- Los viernes evitar enviar cariotipos de Leucemias agudas, S. Mieloproliferativos, S. Mielodisplasicos y Linfomas de alto grado. Los miércoles y jueves no enviar muestras para cariotipos de S. Linfoproliferativos crónicos y Linfomas de bajo grado.
- Transporte a temperatura ambiente al Servicio de Hematología lo más rápido posible tras su extracción (máximo 24 horas)
- Para consultar cualquier duda llamar al 38681