

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del paciente:	
Identificación:	Dirección:
Fecha de nacimiento: fecha.	Teléfono:
Edad:	E-mail:
Sexo	
Médico tratante:	

**DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):**

Nombre del convenio institucional:	
Dirección :	
Teléfono:	Email:

**DATOS DE LA MUESTRA**

Fecha de la toma:	Hora de la toma:
-------------------	------------------

\*Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\*Examen solicitado: \_\_\_\_\_

**TIPO DE MUESTRA**

MARCAR	MUESTRA	ALMACENAMIENTO
	Biopsia de piel fetal	Almacenar en medio de cultivo para cariotipo y FISH y en etanol al 100% para pruebas moleculares
	Cepillado cervical	Almacenar en SSN. Para pruebas de HPV almacenar en Kit enviado.
	Cultivo celular	Enviar en el frasco de cultivo con medio de cultivo
	DNA	Especificar Fuente y método de extracción:
	Líquido amniótico	Almacenar en la jeringa con la aguja donde se tomó la muestra
	Médula ósea	En Heparina para Cariotipo y FISH EDTA para pruebas moleculares
	Restos Ovulares	Almacenar en alcohol etílico al 96% - 100%
	Sangre de cordón umbilical	Se realizó hematocrito para confirmar origen de la muestra u otras pruebas: Si: No:  En Heparina para Cariotipo y FISH EDTA para pruebas moleculares
	Sangre periférica	En Heparina para Cariotipo y FISH y en EDTA para pruebas moleculares.
	Semen	
	Vellosidades coriales	Almacenar en medio de cultivo
	Otras	

Edad gestacional en semanas (si aplica): \_\_\_\_\_

\*Adjunte su orden médica al correo info@genetix.com.co

La indicación por la que se solicita la prueba es importante para establecer la correlación clínica y complementar así el resultado. Todas las muestras deben ir acompañadas de consentimiento informado completamente diligenciado

**PROTECCIÓN DE DATOS**

La información proporcionada se encuentra protegida conforme a la política de tratamiento de datos personales contemplados en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y Ley 1712 de 2014.