

DATOS DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:		
Identificación:	Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa	
Dirección:	Edad:	Sexo:
Teléfono:	E-mail:	
Médico tratante (Nombre y Apellido):		

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):	
Nombre del convenio institucional:	Ciudad:
Email para notificaciones:	Teléfono:

Diagnóstico: _____
Examen(es) solicitado(s): _____

DATOS DE LA MUESTRA	
Fecha de la toma: dd/mm/aaaa	Hora de la toma:

TIPO DE MUESTRA		
MARCAR CON UNA X	MUESTRA	ALMACENAMIENTO
	Biopsia de piel fetal	Almacenar en medio de cultivo para cariotipo y FISH y en etanol al 100% para pruebas moleculares
	Bloque de Parafina	Temperatura ambiente
	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:
	Laminas	Temperatura ambiente
	Líquido amniótico	Almacenar en la jeringa con la aguja donde se tomó la muestra
	Médula ósea	En Heparina para Cariotipo y FISH y en EDTA para pruebas moleculares
	Sangre de cordón umbilical	En Heparina para Cariotipo y FISH y en EDTA para pruebas moleculares
	Sangre periférica	En Heparina para Cariotipo y FISH y en EDTA para pruebas moleculares.
	Semen	En frasco recolector a temperatura ambiente
	Vellosidades coriales	Almacenar en medio de cultivo para Cariotipo y FISH y en etanol al 100% para pruebas moleculares.
	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 venir acompañadas con 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.