

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: **ETIQUETA**

SOLICITUD DE ESTUDIO CITOGÉNÉTICO POSTNATAL: CARIOTIPO

Facultativo solicitante:

Servicio y Hospital:

En caso de estudio familiar, indicar enfermedad/alteración, nombre y fecha de nacimiento del primer diagnosticado y/o adjuntar informe genético:

.....

MOTIVO DEL ESTUDIO/ SOSPECHA CLÍNICA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sospecha de S. Down | <input type="checkbox"/> Amenorrea /Fallo ovárico precoz |
| <input type="checkbox"/> Sospecha S.Edwards | <input type="checkbox"/> Alteraciones desarrollo sexual |
| <input type="checkbox"/> Sospecha S. Patau | <input type="checkbox"/> Infertilidad/esterilidad/abortos de repetición |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de S. Klinefelter | <input type="checkbox"/> Estudio previo a tratamiento de reproducción asistida |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de S. Turner | <input type="checkbox"/> Familiar con anomalía cromosómica |
| <input type="checkbox"/> Otros (indicar): | |

ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS AL CARIOTIPO

- QF-PCR para aneuploidías más frecuentes: 13,18, 21, X e Y
- Cultivo celular. Justificación clínica y tipo de muestra:
-
- Caracterización de anomalías cromosómicas (mediante FISH/aCGH/MLPA/otras bandas). Justificación clínica:

INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR EL ESTUDIO.

- **Consentimiento informado:** SI NO (de conformidad con la ley 14/2007, del 3 de julio de Investigación Biomédica, toda realización de un análisis genético requiere de un CI expreso y específico por escrito. Pueden descargar el CI general en [506361 Consentimiento informado general pruebas geneticas. DCI Area I..pdf \(murciasalud.es\)](#)
- El/la paciente acepta que se conserven sus datos genéticos y el material biológico sobrante para posible reanálisis SI NO

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

FECHA Y FIRMA

Fdo: Dr/a

Nota: El laboratorio desestimaré la realización de este análisis si la hoja de solicitud no está debidamente cumplimentada y/o la muestra no es adecuada para su estudio