

Orden de Estudio Genético

NOMBRE DE LA PACIENTE	
DNI	FECHA DE NACIMIENTO
SEMANAS DE GESTACIÓN	FUR
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	
INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Número: Correo electrónico:	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	
CITOGENÉTICA - CARIOTIPO	ESTUDIOS MOLECULARES
☐ SANGRE PERIFÉRICA	☐ PANEL MOLECULAR
☐ MÉDULA ÓSEA	☐ EXOMA
☐ LÍQUIDO AMNIÓTICO	☐ MICROARRAY
☐ BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES	☐ NIPT (Test Prenatal No Invasivo o ADN Libre Fetal)
☐ RESTOS EMBRIONARIOS	☐ MICROARRAY DE RESTOS EMBRIONARIOS
	☐ OTROS
OBSERVACIONES	

FIRMA

FECHA