

Orden de Estudio Genético (Médula ósea)

NOMBRE DE LA PACIENTE		DNI
EDAD	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	
ÚLTIMO RECUENTO DE LEUCOCITOS		
INFORMACIÓN DE CONTACTO		
Número: Correo electrónico:		
NOMBRE DEL MÉDICO REFERENTE		
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