

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 ☐ SANGRE PERIFÉRICA ☐ MÉDULA ÓSEA ☐ LÍQUIDO AMNIÓTICO ☐ BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES ☐ RESTOS EMBRIONARIOS		ESTUDIOS MOLECULARES ☐ PANEL MOLECULAR ☐ EXOMA ☐ MICROARRAY ☐ NIPT (Test Prenatal No Invasivo o ADN Libre Fetal) ☐ MICROARRAY DE RESTOS EMBRIONARIOS ☐ OTROS	
OBSERVACIONES			

FIRMA

FECHA