



SOLICITUD DE ESTUDIO CITOGENÉTICO

F-CIT-01-00



DEPARTAMENTO DE GENÉTICA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Género (Por favor marque uno): Femenino Masculino Indeterminado

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Institución: _____ Fax /Radio: _____

Fecha y hora de obtención de muestra: _____ Tipo de muestra: _____

Si es Líquido amniótico, placenta o tejido de aborto, indicar semanas de gestación: _____

Antecedentes de transfusión o radiación: si no Fecha: _____

Diagnóstico clínico: Los datos completos son necesarios para el análisis de resultados. (Por favor seleccione los que correspondan)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retraso psicomotor | <input type="checkbox"/> Abortos recurrentes (No. _____) | <input type="checkbox"/> Crisis convulsivas | <input type="checkbox"/> Síndrome de Klinefelter |
| <input type="checkbox"/> Síndrome dismórfico | <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas múltiples | <input type="checkbox"/> Ultrasonido alterado | <input type="checkbox"/> Síndrome de Turner |
| <input type="checkbox"/> Retraso mental | <input type="checkbox"/> Genitales ambiguos | <input type="checkbox"/> Marcadores séricos alterados | <input type="checkbox"/> Trisomía 13 |
| <input type="checkbox"/> Talla/peso bajos | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Edad materna avanzada | <input type="checkbox"/> Trisomía 18 |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Falla gonadal | <input type="checkbox"/> Muerte fetal | <input type="checkbox"/> Trisomía 21 |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

ESTUDIO SOLICITADO

Análisis cromosómico (cariotipo) FISH (ver al reverso) Otro: _____

Resultados citogenéticos previos del paciente: Si No Dónde se realizaron: _____

Miembros de la familia estudiados por nuestro laboratorio: Hijo(s) Madre Padre Otro: _____

Estudios FISH disponibles (Por favor seleccione uno o más):

Síndrome de Di-George/Velocardiofacial: Microdeleciones en el cromosoma 22

Síndrome de Miller-Dieker: **Microdeleciones** en el cromosoma 17 (liscencefalia).

Síndrome de Prader-Willi/Angelman: Microdeleciones en el cromosoma 15.

Síndrome de Williams: Microdeleciones en cromosoma 7 que incluyen gen de elastina.

Análisis de SRY: Trastornos en la diferenciación sexual (cromosoma Y)

Análisis STS: Deficiencia de sulfatasa esteroidea en el cromosoma X, Ictiosis ligada al X.

5 sondas en células sin cultivar: Usado principalmente para el diagnóstico rápido prenatal de género y trisomías 13, 18 y 21

bcr/abl: Identifica cromosoma Filadelfia (** requiere condiciones específicas de envío)

* Favor de contactar al laboratorio para información sobre disponibilidad de otros estudios FISH

Si requiere información sobre envío de muestras favor de contactar a:

Laboratorio de Citogenética, Facultad de Medicina, UANL

Av. Francisco I. Madero y Dr. Aquirre Pequeño s/n, Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., C.P. 64460

Tel directo (81) 8348-3702, Tel/Fax: (81) 8329-4217, Conm Facultad de Medicina: (81) 8329-4050 ext. 5647 y 2648