



SOLICITUD DE ESTUDIO CITOGENÉTICO

F-CIT-01-01



DEPARTAMENTO DE GENÉTICA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha Nacimiento: _____ Género: Femenino Masculino Indeterminado

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Institución: _____ Correo electrónico: _____

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

ESTUDIO SOLICITADO

CARIOTIPO	FISH	DESORDEN HEMATOLÓGICO	INESTABILIDAD CROMOSÓMICA	SUBROGADOS
<input type="checkbox"/> Sangre Periférica	<input type="checkbox"/> Del 22q11.2	<input type="checkbox"/> Sangre periférica	<input type="checkbox"/> Aberraciones cromosómicas inducidas y espontáneas	<input type="checkbox"/> Microarreglos
<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico		<input type="checkbox"/> Médula Ósea	<input type="checkbox"/> Intercambio de Cromatidas Hermanas (ICH)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Tejido		Cuenta leucocitaria: _____		
<input type="checkbox"/> Cordón Umbilical		<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Piel				
<input type="checkbox"/> Aborto				

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

Antecedentes de transfusión o radiación: NO SI 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"/> Discapacidad intelectual | <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"/> LLA | <input type="checkbox"/> LMA | <input type="checkbox"/> LLC | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Resultados citogenéticos previos del paciente NO SI RESULTADO: _____

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

Presenta Infección SI NO Está tomando algún medicamento NO SI Cuál(es) _____

INDICACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRA

CARIOTIPO

- No requiere ayuno
- Cantidad requerida 1mL a 3 mL de sangre
- Cantidad mínima requerida 1mL de sangre

CARIOTIPO LÍQUIDO AMNIÓTICO*

- No requiere ayuno
- Cantidad requerida 15 mL a 20 mL
- Cantidad mínima requerida 15 mL

FISH

- No requiere ayuno
- Cantidad requerida 1mL a 3 mL de sangre
- Cantidad mínima requerida 1mL de sangre

DESÓRDENES HEMATOLÓGICOS EN SANGRE PERIFÉRICA O MÉDULA ÓSEA **

- No requiere ayuno
- Cantidad requerida de 2mL a 3 mL
- Cantidad mínima requerida 2 mL

ABERRACIONES CROMOSÓMICAS

- No requiere ayuno
- Cantidad requerida de 3mL a 5 mL
- Cantidad mínima requerida 3 mL
- No haber recibido transfusiones sanguíneas 7 días antes de la toma de muestra.

SUBROGADOS

- No requiere ayuno
- Solicitar instrucciones, depende del estudio solicitado

* NOTA: Si la muestra es sanguinolenta o con coágulos puede no obtenerse resultado o retraso en el tiempo de entrega.

** NOTA: Muestras con coágulo o baja cuenta de leucocitos podrían no dar crecimiento.

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

Laboratorio de Citogenética, Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL

Av. Francisco I. Madero y Dr. Aguirre 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

www.genetica-uanl.mx