



SOLICITUD DE ESTUDIOS CITOGENÉTICOS

Datos de filiación del paciente	Muestra
Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:	Código de la muestra:

Centro remitente
Centro remitente: Facultativo de contacto: Teléfono de contacto:

Orientación diagnóstica

Pruebas solicitadas
CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA (<i>3 ml sangre total Heparina de Litio</i>) OTROS (<i>Especifique</i>):

Todos los datos deben cumplimentarse con la máxima exactitud para garantizar la calidad de los resultados.

Centro Inmunológico Alicante
c/Cristo de la Paz, 36-38 bajos
03550 - San Juan (Alicante)
965943133 - Fax 965943264
www.cialab.com admin@cialab.com