

## SOLICITUD DE ESTUDIO CARIOTIPO

### DATOS DEL LABORATORIO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_

Fecha de toma: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de la toma: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hrs. Fecha de envío: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Tipo de muestra:** Sangre  Médula ósea  Líquido amniótico  Biopsia de: \_\_\_\_\_

**Anticoagulante utilizado:** Heparina de Sodio (Recomendado). **Volumen:** \_\_\_\_\_ mL.

### DATOS DEL PACIENTE

**Nombre(s) y apellido(s):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** MASC  FEM

**Tratamiento con antibióticos:** Si  No  No se sabe

**Diagnóstico presuntivo:** \_\_\_\_\_

### ESTUDIO A ELEGIR

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo oncológico en sangre periférica o médula ósea. | <input type="checkbox"/> Cariotipo de alta resolución en sangre. |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo regular en sangre periférica.                  | <input type="checkbox"/> Cariotipo regular en tejido de tumor.   |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo en líquido amniótico.                          | <input type="checkbox"/> Cariotipo en biopsias de linfoma.       |
| <input type="checkbox"/> Cariotipo en material de aborto                          | <input type="checkbox"/> Cariotipo en fibroblastos de piel.      |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique:                                       |  |

**CONSIDERACIONES IMPORTANTES** Volumen ideal de muestra (sangre y médula ósea) 3-5 mL en tubo de tapa verde (Heparina de sodio como anticoagulante). Líquido amniótico enviar de 12 a 20 mL en tubos cónicos estériles. Biopsias de 1-3 cc en sol. Salina estéril, con penicilina/estreptomicina. Enviar con refrigerante todas las muestras. **NO CONGELAR.** No tomar la muestra en caso: 1. El paciente está en tratamiento con antibióticos (esperar un mínimo de 8 días). 2. El paciente ha sido transfundido recientemente (esperar mínimo 1 mes después de la transfusión para tomar la muestra). 3. El paciente está bajo tratamiento de quimioterapia/radiación (esperar mínimo 3 meses después del tratamiento para tomar la muestra). Muestras con viabilidad comprometidas: con anticoagulante diferente a Heparina de Sodio, que tarde más de 3 de días en llegar a nuestro laboratorio, volumen menor a 2.0 mL, coaguladas, hemolizadas, paquete celular escaso (hipo celulares) y muestra de sangre para cariotipos oncológicos con blastos en circulación menor al 10 %.

**\*IMPORTANTE:** TODOS los datos DEBEN estar completos para iniciar el CULTIVO CELULAR del estudio requerido. La falta de información retrasaría el proceso y comprometería la viabilidad de las muestras.

Responsable del envío: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Paquetería/Envío con: \_\_\_\_\_ No. de guía: \_\_\_\_\_

Persona quien procesó información:

\_\_\_\_\_  
Nombre (s) Apellido(s) y firma