



FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS

Datos del Solicitante

Centro de trabajo/Hospital/Consulta	Servicio/Departamento	Fecha	
Nombre	Apellido	Correo Electrónico	
Dirección	Ciudad		
Provincia	Código Postal	País	Teléfono

Datos del Paciente

Nombre	Apellidos	Sexo	Fecha
Nacimiento	Nº Historia Clínica	Nº S.S.	
Provincia	Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico

Datos de la Muestra

Tipo de muestra	Obtención	Fecha Extracción
-----------------	-----------	------------------

Datos Clínicos *(se recomienda adjuntar informes)*

Indicación	Resumen H ^a C ^a o Antecedentes Pertinentes
------------	--

Test Solicitado

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cariotipo en sangre | <input type="checkbox"/> FISH 5 cromosomas |
| <input type="checkbox"/> Panel hereditarias donantes | <input type="checkbox"/> FISH 7 cromosomas |
| <input type="checkbox"/> Panel hereditarias pacientes | <input type="checkbox"/> FISH 9 cromosomas |
| <input type="checkbox"/> Hacer matching con: _____ | <input type="checkbox"/> Otro producto: _____ |



Envío de Muestras

1. Complete este formulario, consentimiento informado, adjúntelo con el justificante de pago y la documentación que considere oportuna en un sobre cerrado a la atención de Bioarray, S.L.
2. Realice la extracción de sangre en un tubo EDTA (5mL) por paciente para el panel de hereditarias y para el cariotipo sangre en heparina.
3. Introduzca el tubo con la muestra en un sobre acolchado para protegerla de posibles roturas.
4. Adjunte formulario, documentación y la muestra para su envío en un paquete apropiado (preferiblemente un sobre acolchado).