

	CUESTIONARIO PARA CARIOTIPO		CÓDIGO:	VERSIÓN:
			F-OPÉ-07	00
			SUSTITUYE A:	VERSIÓN:
			N/A	N/A
		OFICIAL..:	NOV 2022	VIGENCIA
		NOV 2025		
Laboratorio de Referencia ELL, S.A. DE C.V.				

FECHA Y HORAS DE LA TOMA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN ELI	FOLIO
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA EXCLUSIVO ELI	EXCLUSIVO ELI

NO. CLIENTE	NOMBRE DEL LABORATORIO	MEDICO TRATANTE

NOMBRE DEL PACIENTE

SEXO: MASC. FEM. EDAD: _____ años

¿El paciente ha sido tratado con; anabólicos, quimioterapia o radioterapia? Sí No

¿El paciente ha recibido transfusiones sanguíneas o transplantados de médula? Sí No

¿El paciente tiene antecedentes familiares de anomalías genéticas? Sí No

¿Cuáles? _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	DATOS CLÍNICOS

DATOS DEL ESPECÍMEN

ANTICOAGULANTE UTILIZADO:
VOLUMEN DE LA MUESTRA (mL):

INFORMACIÓN ADICIONAL

IMPORTANTE

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad, de forma legible y entregado junto con la muestra del paciente y la solicitud de estudios de maquila. En caso de incumplimiento, la muestra será retenida sin proceso.