

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΓΙΑ ΜΟΡΙΑΚΟ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟ**  
**Chromosomal Molecular Analysis, CMA**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:.....

ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: .....

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:       Περιφερικό αίμα       Άλλο

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ**

Όνοματεπώνυμο: .....

Τηλ: .....email:.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ:**

Όνοματεπώνυμο:.....Ηλικία:.....

Διεύθυνση:.....Πόλη:.....ΤΚ:.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

email:.....

**ΕΙΔΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

Μοριακός Καρυότυπος (CMA)

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**Οικογενειακό Ιστορικό:**

**Αιτία Παραπομπής:**.....

**Προηγούμενος γενετικός έλεγχος:**.....

**Απεικονιστικός έλεγχος (U/S, άλλο):**.....

**Παρατηρήσεις:**.....

.....

.....