

## Estudios Mutacionales

Centro:	Código (a rellenar por CME):
Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha obtención muestra:	DONANTE <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/>
Fecha envío muestra:	Antecedentes familiares: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo contactar con el CME)

### Prueba solicitada:

- Screening de mutaciones de Fibrosis Quística
- Screening de X-Frágil

### Características de la muestra e instrucciones de envío:

Todas las muestras deben estar **debidamente etiquetadas con el NOMBRE/CÓDIGO DEL PACIENTE** y previo al envío se debe comprobar que los recipientes están bien cerrados.

*Tipo de muestra:* 3 ml de sangre total periférica en un tubo EDTA.

*Conservación:* Remitir las muestras a temperatura ambiente bien protegidas en las siguientes 24 horas tras la obtención. Guardar en nevera hasta el momento del envío.

Enviar por mensajería a: **Centro de Medicina Embrionaria**  
**Capitán Arenas 3-5, Local 2**  
**08034-Barcelona**

Si tienen cualquier problema, no duden en contactar con nosotros a los siguientes números de teléfono:  
666 58 21 41/ 93 280 40 28