Modulo Richiesta+Invio di campioni PGT

Clinica Numero

Non scrivere in questa zona grigia. Per uso interno riservato a Juno Genetics	ID assegnato da Juno Genetics	Data di ricezione	Ricevuto da

**Le sezioni contrassegnate con (*) sono obbligatorie da compilare per richiedere il test*

Informazioni partner femminile		Informazioni partner maschile		Dettagli della clinica di riferimento	
Nome e Cognome *		Nome e Cognome *		Clinica di riferimento*	
ID paziente assegnato dalla clinica *		ID paziente assegnato dalla clinica *		Medico di riferimento*	
Data di nascita (GG/MM/AAAA)*	Tocca o fai clic per inserire una data.	Data di nascita (GG/MM/AAAA)*	Fare clic o toccare per inserire una data	E-mail di contatto*	

Informazioni sul test*	Tipo di ciclo	Si usa la donazione di gameti ?
☐ PGT-A ☐ PGT-SR ☐ PGT-M	☐ Accumulo ☐ Analisi immediata	☐ Sì ☐ No ☐Ovociti ☐ Spermatozoi ☐ Età donatore (anni):_____

TIPO DI FECONDAZIONE IN VITRO	☐FIV convenzionale ☐ ICSI

INDICAZIONE CLINICA	☐ AMA ☐ RIF ☐ RPL ☐ Fattore maschile ☐ Ricerca aneuploidie ☐Altro:_____

DETTAGLI DELLA BIOPSIA

Numero di lotto wash buffer: _____ RE-BIOPSIA DELL'EMBRIONE: ☐ **SÌ**

EMBRIONE #	ID univoco della provetta (etichetta)	Grade dell'embrione	Giorno alla biopsia	Data della biopsia	Operatore di Biopsia	Operatore di loading	Note
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			
			Choose an item	Tocca o fai			

Title: Test embryo biopsy form. ed CLINICS PORTAL (Italian) | Index: 155-ESP-F-PGT-IT | Version: 1.0 | Authorised By: Carlos Marin Vallejo | Authorised: 11-Oct-2023}