

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

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

DETTAGLI DELLA CLINICA DI RIFERIMENTO	
Nome del medico*	Clinica*
E-mail di contatto*	

INFORMAZIONI DELLA PAZIENTE FEMMINILE			
Nome e Cognome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
N° carta clinica*		Donatore di gameti*	☐ Si ☐ No
Tipo di campione*	☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____		

INFORMAZIONI CLINICHE				
Malattia genetica*			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigoto ☐ Non testato ☐ Omocigote
2° Malattia genetica * (se applicabile)			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigoto ☐ Non testato ☐ Omocigote

INFORMAZIONI DEL PAZIENTE MASCHILE				
Nome e Cognome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA	
N° carta clinica*		Donatore di gameti*	☐ Si ☐ No	
Tipo di campione*	☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____			
INFORMAZIONI CLINICHE				
Malattia genetica*			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigoto ☐ Non testato ☐ Omocigote
2° Malattia genetica * (se applicabile)			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigoto ☐ Non testato ☐ Omocigote

INFORMAZIONI SUL DONATORE (se applicabile)				
ID Donatore*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA	
Tipo di campione*	☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA		Donatore di gameti *	☐ Ovuli ☐ Spermatozoi
INFORMAZIONI CLINICHE				
Malattia genetica*			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigoto ☐ Non testato ☐ Omocigote

INFORMAZIONI CLINICHE DEI FAMILIARI

(se applicabili; inoltre, in caso di ulteriori familiari, riutilizzare la presente pagina)

1° familiare di riferimento

Cognome/Nome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
Sesso*	☐ Maschio ☐ Femmina	Tipo di campione*	☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____
Relazione con i <u>pre-embri</u> oni per il PGT-M*	☐ Nonno/a ☐ Fratello/Sorella	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna

INFORMAZIONI CLINICHE

Malattia genetica*				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*	
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigote ☐ Non testato ☐ Omocigote	
2° Malattia genetica * (se applicabile)				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*	
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigote ☐ Non testato ☐ Omocigote	

2° familiare di riferimento

Cognome/Nome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
Sesso*	☐ Maschio ☐ Femmina	Tipo di campione*	☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____
Relazione con i <u>pre-embri</u> oni per il PGT-M*	☐ Nonno/a ☐ Fratello/Sorella	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna

Malattia genetica*

Malattia genetica*				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*	
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigote ☐ Non testato ☐ Omocigote	
2° Malattia genetica * (se applicabile)				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutazione*	Modello di eredità*	Cigosidad*	
			Choose an item.	☐ Eterocigote ☐ Negativo ☐ Emicigote ☐ Non testato ☐ Omocigote	

PERSONALE SANITARIO AUTORIZZATO A RICHIEDERE IL TEST PREPGT-M

Certifico che, per quanto a mia conoscenza, le informazioni cliniche e personali del paziente fornite in questo modulo sono corrette. Sulla base delle indicazioni cliniche e del mio criterio professionale, ho richiesto questo test per i pazienti. I limiti del test, compreso il fatto che il PGT-M non è accurato al 100% e che è necessario un test prenatale di conferma in qualsiasi gravidanza ottenuta dopo PGT, sono stati spiegati ai pazienti e ho risposto alle domande che mi hanno rivolto. Mi impegno inoltre a fornire qualsiasi informazione aggiuntiva richiesta da Juno Genetics in merito a questo particolare test.

Personale sanitario Autorizzato Firma*		Data*	GG/MM/AAAA
--	--	-------	------------