

Não escreva nest zona cinzenta. Para a Juno Genetics apenas para uso interno	Número da Juno Genetics	Fecha de receção	Recebido por

As secções assinaladas com () são de preenchimento obrigatório para solicitar o teste

DETALHES DA CLÍNICA DE REFERÊNCIA			
Clínico de referência*		Clínica de referência*	
Correio eletrónico do médico*			

INFORMAÇÕES DA PACIENTE DO SEXO FEMININO			
Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
ID da paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____		

INFORMAÇÕES CLÍNICAS				
Doença genética*		OMIM#		
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto
2º doença genética* (se aplicável)			OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto

INFORMAÇÕES DO PACIENTE DO SEXO MASCULINO				
Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY	
ID do paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não	
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____			
INFORMAÇÕES CLÍNICAS				
Doença genética*		OMIM#		
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto
2º doença genética* (se aplicável)			OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto

INFORMAÇÕES DO DADOR (se aplicável)				
ID Dador*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY	
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/esfregaço bucal ☐ ADN		Dador de gâmetas*	☐ Oócito ☐ Esperma
INFORMAÇÕES CLÍNICAS				
Doença genética*		OMIM#		
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto

INFORMAÇÕES DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

(se aplicável; também, no caso de membros adicionais da família, reutilizar esta página)

1º membro da família como referência

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____
Relação con <u>pré-embrões</u> para PGT-M*	☐ Avó/Avô ☐ Irmão/Irmã	Filiação*	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Doença genética*:				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*	
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto	
2ª doença genética* (se aplicável):				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*	
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto	

2º membro da família como referência

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____
Relação con <u>pré-embrões</u> para PGT-M*	☐ Avó/Avô ☐ Irmão/Irmã	Filiação*	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Doença genética**:				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*	
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto	
2ª doença genética** (se aplicável):				OMIM#	
Gene*	OMIM#*	Mutação*	Modo de herança*	Zigotia*	
			Choose an item.	☐ Heterozigoto ☐ Negativo ☐ Hemizigoto ☐ Não testado ☐ Homozigoto	

PROFISSIONAL DE SAÚDE

Certifico que, tanto quanto é do meu conhecimento, as informações clínicas e sobre os doentes fornecidas neste formulário estão corretas. Com base na indicação clínica e na minha experiência profissional, solicitei este teste para o(s) paciente(s). As limitações do teste, incluindo o facto de o PGT-M não ser 100% exato e de ser necessário um teste pré-natal para confirmar o resultado do teste em qualquer gravidez obtida após o PGT, foram explicadas às pacientes e todas as perguntas relevantes foram respondidas. Concordo em fornecer qualquer informação adicional solicitada pela Juno Genetics relativamente a este teste em particular.

Assinatura da pessoa de referência autorizada*		Data*	DD/MM/YYYY
--	--	-------	------------