

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

O formulário de recolha de amostras será aceite se todos os campos obrigatórios assinalados com () tiverem sido completamente preenchidos

**Além disso, no caso de outras amostras, reutilize este formulário

TIPO DE ENSAIO com o qual a(s) amostra(s) está(ão) associada(s):

☐ PGT-M ☐ PGT-A Achados incidentais ☐ PGT-SR Achados incidentais ☐ Outros: _____

DETALHES DA CLÍNICA DE REFERÊNCIA

Clínico de referência*		Clínica de referência*	
Correio eletrónico do médico*			

AMOSTRA 1

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
ID da paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Data de recolha da amostra*	
Relação con <u>pré-embriões</u> para PGT-M*	☐ Mãe/Pai ☐ Irmão/Irmã ☐ Avó/Avó ☐ Outro _____	Filiação *	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____		

AMOSTRA 2

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
ID da paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Data de recolha da amostra*	
Relação con <u>pré-embriões</u> para PGT-M*	☐ Mãe/Pai ☐ Irmão/Irmã ☐ Avó/Avó ☐ Outro _____	Filiação *	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____		

AMOSTRA 3

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
ID da paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Data de recolha da amostra*	
Relação con <u>pré-embriões</u> para PGT-M*	☐ Mãe/Pai ☐ Irmão/Irmã ☐ Avó/Avó ☐ Outro _____	Filiação *	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____		

AMOSTRA 4

Apelido/Nome*		Data de nascimento*	DD/MM/YYYY
ID da paciente*		Dador de gâmetas*	☐ Sim ☐ Não
Género*	☐ Masculino ☐ Feminino	Data de recolha da amostra*	
Relação con <u>pré-embriões</u> para PGT-M*	☐ Mãe/Pai ☐ Irmão/Irmã ☐ Avó/Avó ☐ Outro _____	Filiação *	☐ Filiação materna ☐ Filiação paterna
Tipo de amostra*	☐ Sangue ☐ Saliva/ esfregaço bucal ☐ ADN ☐ Outro _____		