

No escribir en esta zona gris. Espacio reservado para uso por Juno Genetics	Número de Juno Genetics	Fecha de recepción	Recibido por

**Los apartados marcados con (*) son obligatorios de cumplimentar para solicitar la prueba*

DETALLES DE LA CLÍNICA REMITENTE

Nombre del médico*		Clínica*	
Correo electrónico*			

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre y Apellidos*		Fecha de nacimiento*	DD/MM/YYYY
Nº historia clínica*		Donante de gametos*	☐ Sí ☐ No
Tipo de muestra*	☐ Sangre ☐ Saliva/ hisopo bucal ☐ ADN ☐ Otro _____		

INFORMACIÓN CLÍNICA

Enfermedad genética*		OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia*
			Choose an item.
			☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto
2º Enfermedad genética* (si procede)		OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia*
			Choose an item.
			☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos*		Fecha de Nacimiento*	DD/MM/YYYY
Nº historia clínica*		Donante de gametos*	☐ Sí ☐ No
Tipo de muestra*	☐ Sangre ☐ Saliva/ hisopo bucal ☐ ADN ☐ Otro _____		

INFORMACIÓN CLÍNICA

Enfermedad genética*		OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia*
			Choose an item.
			☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto
2º Enfermedad genética* (si procede)		OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia*
			Choose an item.
			☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto

INFORMACIÓN DEL/A DONANTE (si procede)

ID Donante*		Fecha de nacimiento*	DD/MM/YYYY
Tipo de muestra*	☐ Sangre ☐ Saliva/hisopo bucal ☐ ADN		
		Donante de gametos*	☐ Ovocitos ☐ Semen

INFORMACIÓN CLÍNICA

Enfermedad genética*		OMIM#	
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia*
			Choose an item.
			☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

(si procede; también, en caso de miembros adicionales de la familia, reutilizar esta página)

1er familiar como referencia

Nombre del paciente*		Fecha de Nacimiento*	DD/MM/YYYY
Sexo*	☐ Hombre ☐ Mujer	Tipo de muestra*	☐ Sangre ☐ Saliva/ hisopo bucal ☐ ADN ☐ Otro _____
Relación con <u>preembriones</u> para PGT-M*	☐ Abuelo/a ☐ Hermano/a	Filiación*	☐ Filiación materna ☐ Filiación paterna

INFORMACIÓN CLÍNICA

Enfermedad genética*:			OMIM#
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia* Cigosidad*
			Choose an item. ☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto
2ª Enfermedad genética* (si procede):			OMIM#
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia* Cigosidad*
			Choose an item. ☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto

2º familiar como referencia

Nombre del paciente*		Fecha de Nacimiento*	DD/MM/YYYY
Sexo*	☐ Hombre ☐ Mujer	Tipo de muestra*	☐ Sangre ☐ Saliva/ hisopo bucal ☐ ADN ☐ Otro _____
Relación con <u>preembriones</u> para PGT-M*	☐ Abuelo/a ☐ Hermano/a	Filiación*	☐ Filiación materna ☐ Filiación paterna

INFORMACIÓN CLÍNICA

Enfermedad genética**:			OMIM#
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia* Cigosidad*
			Choose an item. ☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto
2ª Enfermedad genética** (si procede):			OMIM#
Gen*	OMIM#*	Variante*	Patrón de herencia* Cigosidad*
			Choose an item. ☐ Heterocigoto ☐ Negativo ☐ Hemicigoto ☐ No testado ☐ Homocigoto

PROFESIONAL SANITARIO

Certifico que, a mi leal saber y entender, los datos clínicos y paciente facilitados en este formulario son correctos. Basándome en la indicación clínica y en mi experiencia profesional, he solicitado esta prueba para dicho paciente. Se ha explicado al paciente las limitaciones de la prueba, incluido el hecho de que la PGT-M no es precisa al 100% y que es necesario realizar pruebas prenatales para confirmar el resultado de la prueba en cualquier embarazo conseguido tras PGT, y se ha respondido a todas las preguntas pertinentes. Acepto proporcionar cualquier información adicional solicitada por Juno Genetics en relación con esta prueba en particular.

Remitente autorizado Firma*		Fecha de solicitud*	DD/MM/YYYY
--------------------------------	--	---------------------	------------