

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

**I campioni saranno accettati solo se tutte le sezioni obbligatorie contrassegnate con (*) sono state compilate*
***Inoltre, in caso di ulteriori campioni, riutilizzare il presente modulo*

TIPO DI TEST per cui sono richiesti i campioni*:

☐ PGT-M ☐ PGT-A Risultati incidentali ☐ PGT-SR Risultati incidentali ☐ Altro: _____

DETTAGLI DELLA CLINICA DI RIFERIMENTO

Nome del medico*	Clinica*
E-mail di contatto*	

CAMPIONE 1

Nome e Cognome*	Data di nascita*	GG/MM/AAAA
N° carta clinica*	Donatore di gameti*	☐ Sì ☐ No
Sesso* ☐ Maschio ☐ Femmina	Data di raccolta del campione*	
Relazione con i <u>pre-embri</u> per il PGT-M* ☐ Madre/Padre ☐ Fratello/Sorella ☐ Nonno/a ☐ Altro: _____	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna
Tipo di campione* ☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____		

CAMPIONE 2

Nome e Cognome*	Data di nascita*	GG/MM/AAAA
N° carta clinica*	Donatore di gameti*	☐ Sì ☐ No
Sesso* ☐ Maschio ☐ Femmina	Data di raccolta del campione*	
Relazione con i <u>pre-embri</u> per il PGT-M* ☐ Madre/Padre ☐ Fratello/Sorella ☐ Nonno/a ☐ Altro: _____	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna
Tipo di campione* ☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____		

CAMPIONE 3

Nome e Cognome*	Data di nascita*	GG/MM/AAAA
N° carta clinica*	Donatore di gameti*	☐ Sì ☐ No
Sesso* ☐ Maschio ☐ Femmina	Data di raccolta del campione*	
Relazione con i <u>pre-embri</u> per il PGT-M* ☐ Madre/Padre ☐ Fratello/Sorella ☐ Nonno/a ☐ Altro: _____	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna
Tipo di campione* ☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____		

CAMPIONE 4

Nome e Cognome*	Data di nascita*	GG/MM/AAAA
N° carta clinica*	Donatore di gameti*	☐ Sì ☐ No
Sesso* ☐ Maschio ☐ Femmina	Data di raccolta del campione*	
Relazione con i <u>pre-embri</u> per il PGT-M* ☐ Madre/Padre ☐ Fratello/Sorella ☐ Nonno/a ☐ Altro: _____	Affiliazione*	☐ Linea materna ☐ Linea paterna
Tipo di campione* ☐ Sangue ☐ Saliva/Tampone buccale ☐ DNA ☐ Altro: _____		