

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 _____		