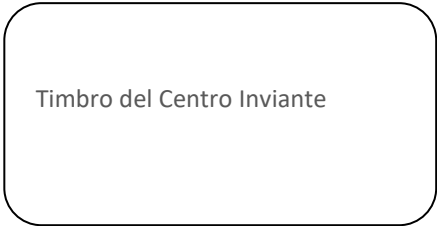


Modulo di Accettazione PGT – Con mosaicismi

Da inviare a Eurofins Genoma

Luogo e data: _____

Centro inviante[^]
Centro di PMA/dipartimento [^]
Dipartimento
Indirizzo
Paese
Città
Medico di Riferimento [^]
Destinatario del referto [°]
e-mail:
[^] campi obbligatori; [°] se diverso da quanto indicato nel contratto



Test da eseguire

PGT-M	PGT-A	PGT-SR
<input type="checkbox"/> PGT-M	<input type="checkbox"/> PGT-A	<input type="checkbox"/> PGT-SR
<input type="checkbox"/> PGT-M (Exclusion)	<input type="checkbox"/> PGT-A + Poliploidy Panel	<input type="checkbox"/> PGT-SR + Poliploidy Panel
<input type="checkbox"/> PGT-M (Non Disclosure)		
<input type="checkbox"/> PGT-HLA		
<input type="checkbox"/> PGT-M + PGT-A		
<input type="checkbox"/> PGT-M + PGT-SR		
<input type="checkbox"/> PGT-M + PGT-A + Poliploidy Panel		
<input type="checkbox"/> PGT-M + PGT-SR + Poliploidy Panel		
<input type="checkbox"/> Altro (come da accordi precedentemente presi con il laboratorio Eurofins Genoma, specificare o allegare documenti di riferimento):		
<u>Indicazione:</u>		

Dati della coppia

Codice centro inviante:	Codice Eurofins Genoma:
Partner maschile	
Cognome [*]	Nome [*]
Luogo di nascita [*]	Data di nascita [*]
Codice Fiscale:	
Portatore Malattia Monogenica [§]	
Variante (Mutazione) [§]	
Esito cariotipo su sangue periferico [#]	
Partner femminile	
Cognome [*]	Nome [*]
Luogo di nascita [*]	Data di nascita [*]
Codice Fiscale	
Portatore Malattia Monogenica [§]	
Variante (Mutazione) [§]	
Esito cariotipo su sangue periferico [#]	
<small>* informazioni obbligatorie per ogni tipologia di PGT; § informazioni obbligatorie in caso di PGT-M; # informazioni obbligatorie in caso di PGT-A/SR</small>	

Dati della PMA

<u>Ciclo di PMA (codice centro inviante):</u>				
Procedura	Data	Ora	Embrioni:	Numero
OPU:			Fertilizzati	
Biopsia			Congelati	
			Sopravvissuti	
No. COC			Totali per PGT	
No. MII			Biottizzati	

#Embr. (1, 2, etc.)	Stadio Embrionario (N of day)	Grado (A, B, etc.)	#Bianchi (BL1, BL2, etc.)	NOTES