

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

Timbro del Centro Inviaente

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):		

Indicazione:

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 [#]	

* informazioni obbligatorie per ogni tipologia di PGT; § informazioni obbligatorie in caso di PGT-M; # informazioni obbligatorie in caso di PGT-A/SR

Dati della PMA

Ciclo di PMA (codice centro inviante):

Procedura	Data	Ora	Embrioni:	Numero
OPU:			Fertilizzati	
Biopsia			Congelati	
			Sopravvissuti	
No. COC			Totali per PGT	
No. MII			Bioptizzati	