

Modulo di Accettazione SET-UP PGT-M

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 Inviante

Test da eseguire

⇒ SET-UP PGT-M

Dati della coppia

Indicazione:

Partner maschile	
Codice centro inviante:	Codice Eurofins Genoma:
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Codice Fiscale:	
Portatore Malattia Monogenica [§]	
Variante (Mutazione) [§]	
Esito cariotipo su sangue periferico	
Partner femminile	
Codice centro inviante:	Codice Eurofins Genoma:
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Codice Fiscale	
Portatore Malattia Monogenica [§]	
Variante (Mutazione) [§]	
Esito cariotipo su sangue periferico	

* informazioni obbligatorie; § informazioni obbligatorie per SET-UP PGT-M;

Campioni ed Allegati

	Cognome Nome	Sesso (M/F)	Data di Nascita	campione SP=sangue TB=tampone buccale A=altro	Data prelievo	Status A=affetto C=portatore H= sano	Referto allegato (Si/No)
Partner Femminile							
Partner Maschile							
Familiare 1							
Familiare 2							
Familiare 3							
Familiare 4							
Familiare 5							
Familiare 6							
Familiare 7							
Consensi informati all'analisi dei soggetti sottoposti a prelievo:		<input type="checkbox"/> Allegati			<input type="checkbox"/> Custoditi dal centro inviante di PMA		
Relazione di consulenza genetica:		<input type="checkbox"/> Allegata			<input type="checkbox"/> Non disponibile		

Pedigree