

Modulo di Accettazione niPGT-A

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

☐ niPGT-A

☐

☐

☐

☐

☐ 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:	
Esito cariotipo su sangue periferico:	
Partner femminile	
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Codice Fiscale:	
Esito cariotipo su sangue periferico:	

* informazioni obbligatorie.

