

## 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 Inviaente

### 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:
<b>Partner maschile</b>	
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Codice Fiscale:	
Esito cariotipo su sangue periferico:	
<b>Partner femminile</b>	
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di nascita*
Codice Fiscale:	
Esito cariotipo su sangue periferico:	

\* informazioni obbligatorie.



## Dati della PMA

Rif. Ciclo PMA:	Data OPU:	Ora:	Data ICSI:	Ora:
<b>Data lavaggio e cambio terreno:</b>		<b>Ora:</b>	<b>Data raccolta terreno:</b>	<b>Ora:</b>
Nr. COC:	Nr. MII:	Nr. Fertilizzati:	Nr. Embrioni scongelati:	
<b>Nr. Embrioni sopravvissuti:</b>		<b>Tot. Terreni per niPGT-A:</b>	<b>Nr. Terreni raccolti:</b>	