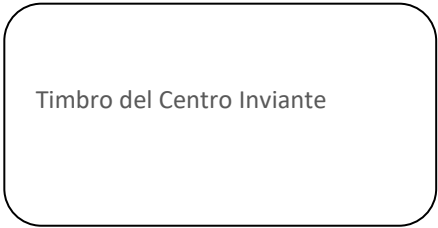


Modulo di Accettazione PGT – No mosaicismi

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
☐ PGT-M	☐ PGT-A	☐ PGT-SR
☐ PGT-M (Exclusion)	☐ PGT-A + Poliploidy Panel	☐ PGT-SR + Poliploidy Panel
☐ PGT-M (Non Disclosure)		
☐ PGT-HLA		
☐ PGT-M + PGT-A		
☐ PGT-M + PGT-SR		
☐ PGT-M + PGT-A + Poliploidy Panel		
☐ PGT-M + PGT-SR + Poliploidy Panel		
☐ 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 [#]	
* 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	

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