

Diagnóstico Genético Preimplantacional, Formulario de Solicitud

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA

Nombre de la clínica: _____ Ciudad: _____ País: _____

Médico remitidor: _____ Nº de colegiado: _____ Teléfono de contacto: _____

Idioma del informe: ☐ Español ☐ Inglés

Dirección de correo electrónico para envío de resultados: _____

INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Nombre Paciente 1: _____ Apellidos Paciente 1: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____

Nombre Paciente 2: _____ Apellidos Paciente 2: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de historia clínica: _____

INFORMACIÓN DE LA BIOPSIA

Tipo de muestra: ☐ Corpúsculo polar ☐ Blastómero ☐ Trofoectodermo

No. Ovocitos/ Embriones biopsiados: _____

Fecha de la biopsia: _____ Realizada por: _____

Tipo de ciclo: ☐ Ovocitos propios ☐ Semen propio ☐ ROPA
☐ Ovocitos de donante ☐ Semen de donante ☐ EMBK

Método de fecundación: ☐ FIV ☐ ICSI

MOTIVO DE SOLICITUD DEL TEST/INDICACIONES

- | | |
|---|---|
| ☐ Edad reproductiva avanzada (PGT-A) | ☐ Enfermedades ligadas al cromosoma X* (PGT-A) |
| ☐ Fallo repetido de implantación (PGT-A) | ☐ Anomalías cromosómicas estructurales* (PGT-SR) |
| ☐ Aborto de repetición (PGT-A) | ☐ Otra: _____ |
| ☐ Factor masculino severo (PGT-A) | |

COMENTARIOS

Para uso exclusivo de IGLS: Nº PROC. _____

FECHA DE RECEPCIÓN: _____

*En casos de enfermedades ligadas al sexo o reordenaciones cromosómicas es necesario el envío previo de informe genético.

Formulario de Biopsia Embrionaria

Nº lote del Wash Buffer _____ Fecha de caducidad _____

Nº de embrión u ovocito	Estadio embrionario/día	Morfología del embrión	Nº células biopsiadas	Células intactas (si/no)	Células visualizadas en tubo (si/no)	Comentarios

¿Se ha realizado una comprobación doble de la biopsia y la preparación de las células siguiendo la recomendación?

☐ Si ☐ No

Supervisado por	Firma del supervisor

IGLS dispone de un posicionamiento respecto al diagnóstico de mosaicos. Este documento está a disposición de los clientes que así lo soliciten.