

Formulário de requisição do teste Embrace

Os campos marcados com (*) são obrigatórios para a realização do teste

*TIPO DE ANÁLISE SOLICITADA

- Básico (Sem informação cromossômica detalhada, resultado apenas contendo a ordem de priorização de transferência)
- Especial para os cromossomos 13, 18, 21, X e Y
- Ampliado para os 24 cromossomos

Deseja saber o sexo? SIM NÃO

INFORMAÇÕES DA CLÍNICA

*Clínica: _____ *UF/Unidade: _____

*Médico/CRM: _____

Responsável no lab. de FIV: _____ * Contato responsável: _____

E-mail ou número de telefone: _____ *E-mail para entrega de resultados: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

DADOS DO(S) PACIENTE(S)

*ID paciente ⁽¹⁾: _____ **(1)**: se não houver, insira NÃO APLICÁVEL *CPF: _____

*Nome completo da paciente: _____ *Data de nascimento: _____

*Nome completo do cônjuge: _____ *Data de nascimento: _____

Cariótipo/s ⁽²⁾: Paciente: _____ Cônjuge: _____

*E-mail: _____ Telefone: () _____

*Endereço: _____ *Nº: _____ *Complemento: _____

*Cidade: _____ *Estado: _____ *CEP: _____

(2): Se o cariótipo for conhecido e alterado, nesses casos deveria realizar uma biópsia de trofocodema e analisar por PGT-SR.

INFORMAÇÕES DO CICLO

Óvulos próprios Óvulos doados Sêmen próprio Sêmen doado

Data da coleta dos óvulos: _____ Nº OPU: _____ Nº MII: _____ Nº 2PN: _____ Embriões biopsiados: _____

Método de fertilização: FIV ICSI

*Data prevista da aspiração do meio de cultivo: _____

As amostras correspondentes aos embriões do dia 5 não serão processadas.

Todas as amostras devem corresponder ao meio de embriões de Dias 6/7.

Um controle negativo do meio deve ser incluído para cada paciente.

Todas as transferências com o teste EMBRACE correspondem a ciclos com vitrificação de blastocistos.

Autorização do médico

Certifico que as informações do paciente e do médico de referência neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base em meu critério profissional. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Entendo que a Igenomix pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.

Assinatura do médico: _____

Data: ____/____/____

