

Formulário de requisição para testes Smart PGT-A, PGT-SR, PGT-M**Os campos marcados com * são obrigatórios para realizar o teste*****ANÁLISE SOLICITADA**

PGT-A Análise de aneuploidias	PGT-SR Alterações estruturais	PGT-M Doenças monogênicas
☐ PGT-A 24H ☐ Smart PGT-A ☐ Smart PGT-A Plus	☐ PGT-SR ☐ PGT-SR Plus	☐ PGT-M ☐ PGT-M + Smart PGT-A ☐ PGT-M + Smart PGT-A Plus

Smart PGT-A Plus e PGT-SR Plus incluem ploidia embrionária e controle de qualidade (QC) (detecção de contaminação por DNA estranho e análise de parentesco de embriões irmãos)

Indique: ☐ Acumular ciclo ☐ Seguir com análiseVocê está enviando rebiópsia ⁽¹⁾? ☐ Sim ☐ Não

(1): Indicar o embrião na folha de biópsia.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

*Clínica/Hospital/Consultório: _____ *UF/Unidade: _____

*Médico/CRM: _____

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

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

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

DADOS DO(S) PACIENTE(S)*ID exclusivo do paciente ²: _____ (2) Se não houver, insira NÃO APLICÁVEL *CPF: _____

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

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

* Cariótipo(s) ³: ☐ Paciente _____ ☐ Cônjuge _____

*Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

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

*E-mail: _____ *Telefone: () _____

(3): O resultado do exame de cariótipo dos pacientes será obrigatório se o exame solicitado for o PGT-SR.

INFORMAÇÕES DO CICLO☐ Óvulos próprios ☐ Óvulos doados ☐ Sêmen próprio ☐ Sêmen doado

Data da coleta dos óvulos: _____ NºOPU: _____ NºMII: _____ Nº2PN: _____ Embriões biopsiados: _____

Método de fertilização: ☐ FIV ☐ ICSI Incubadora time-lapse: ☐ Sim ☐ Não*Transferência do embrião ☐ Ciclo fresco (transferir no mesmo ciclo) ☐ Ciclo congelado (transferir em outro ciclo)Data/hora prevista para transferência dos embriões⁴: _____

(4) Obrigatório somente para transferências no mesmo ciclo

*Tipo de biópsia: ☐ Blastômero (Dia 3) ☐ Trofotoderma (Dia 5/6/7)***Autorização do médico:** Certifico que as informações do paciente e do médico 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 o laboratório pode precisar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.***Assinatura do médico:** _____ **Data:** ____/____/____

*ID Paciente ⁵: _____ *Nome completo da paciente: _____

(5): Se não houver nenhum, insira NÃO APLICÁVEL

***Indicação(ões):**

PGT-A

- ☐ Idade materna avançada
☐ Falha na implantação (n.º de falhas _____)
☐ Aborto recorrente (n.º de abortos _____)
☐ Resultado de FISH de espermatozoide alterado

- ☐ Gestação prévia com alteração
☐ Fator masculino
☐ Doença ligada ao X

PGT-SR

- ☐ Cariótipo alterado
☐ Translocação Robertsoniana
☐ Translocação Recíproca
☐ Outras estruturais

Cariótipo: _____

PGT-M

- ☐ Doenças monogênicas (especifique): _____ N.º Histórico paciente: _____

PGT-A, PGT-SR; PGT-M

- ☐ Outras indicações: _____

PLOIDIA

- ☐ Embriões de oócitos com fertilização anormal (AFO) ☐ Gestação prévia com triploidia
☐ Aumento na taxa de espermatozoides diploides ☐ Outras: _____

Biópsia realizada por: _____

Tubing realizado por: _____ *N.º do lote do washing/lysis: _____

*Data da biópsia: _____

***DETALHES DA AMOSTRA**

ID de embrião		Classificação morfológica do embrião	Origem					Data da biópsia					N.º de Pro núcleos e Corpúsculos Polares		Núcleo visível		Tubing		Comentários
Iniciais do paciente	N.º do Embrião		Óv. fresco	Óv. vitri	D2 vitri	D3 Vitri	Blasto vitri	D3	D5	D6	D7	Rebiópsia	PN	CP	Sim	Não	Ok	Não ok	

ESPAÇO RESERVADO SOMENTE PARA IGENOMIX

Recebido por:	Data/hora:
Amostra aceita/rejeitada (explique, caso rejeitada):	