

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
<input type="checkbox"/> PGT-A 24H <input type="checkbox"/> Smart PGT-A <input type="checkbox"/> Smart PGT-A Plus	<input type="checkbox"/> PGT-SR <input type="checkbox"/> PGT-SR Plus	<input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> PGT-M + Smart PGT-A <input type="checkbox"/> 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 análise

Você 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):**

<p>PGT-A</p> <p><input type="checkbox"/> Idade materna avançada</p> <p><input type="checkbox"/> Falha na implantação (n.º de falhas _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto recorrente (n.º de abortos _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de FISH de espermatozoide alterado</p>	<p><input type="checkbox"/> Gestação prévia com alteração</p> <p><input type="checkbox"/> Fator masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Doença ligada ao X</p>	<p>PGT-SR</p> <p><input type="checkbox"/> Cariótipo alterado</p> <p><input type="checkbox"/> Translocação Robertsoniana</p> <p><input type="checkbox"/> Translocação Recíproca</p> <p><input type="checkbox"/> Outras estruturais</p> <p>Cariótipo: _____</p>
---	--	--

<p>PGT-M</p> <p><input type="checkbox"/> Doenças monogênicas (especifique): _____ Nº Histórico paciente: _____</p>
<p>PGT-A, PGT-SR; PGT-M</p> <p><input type="checkbox"/> Outras indicações: _____</p>
<p>PLOIDIA</p> <p><input type="checkbox"/> Embriões de oócitos com fertilização anormal (AFO)</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento na taxa de espermatozoides diploides</p> <p><input type="checkbox"/> Gestação prévia com triploidia</p> <p><input type="checkbox"/> Outras: _____</p>

Biópsia realizada por: _____

Tubing realizado por: _____ *Nº do lote do washing/lysis: _____

*Data da biópsia: _____

***DETALHES DA AMOSTRA**

ID de embrião		Classificação morfológica do embrião	Origem					Data da biópsia					Nº de Pro núcleos e Corpúsculos Polares		Núcleo visível		Tubing		Comentários
Iniciais do paciente	Nº 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): _____	