

Formulário de requisição para testes Smart PGT-A / PGT-SR, Smart PGT-A / PGT-SR Plus e PGT-M.

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

Informações do médico		
*Clínica/Hospital/Consultório:		
*Médico:		*CRM:
Responsável do Laboratório de FIV:		*Contato responsável:
E-mail ou telefone:		*E-mail para envio dos resultados:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Informações do(s) Paciente(s)		
ID do paciente ¹ :		(1) se não houver, inserir NÃO APLICÁVEL *CPF:
*Nome completo da paciente 1:		*Data de nascimento:
*Nome completo do paciente 2:		*Data de nascimento:
Cariótipo(s) ² : ☐ Paciente 1: ☐ Paciente 2: (2)Obrigatório somente se for solicitado o teste PGT-SR estiver selecionado.		
*Endereço completo:		
*Cidade:	*Estado:	*CEP:
*E-mail:		*Telefone:
*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 + Smart PGT-A ☐ PGT-M + Smart PGT-A Plus
Smart PGT-A Plus e PGT-SR Plus incluem ploidia embrionária e controle de qualidade de embriões (QC) (detecção de contaminação por DNA externo e análise de parentesco de embriões irmãos)		
Indique		
☐ Acumular ciclo ☐ Seguir com análise		Você está enviando rebiópsia ³ : ☐ Sim ☐ Não
Se nenhuma das opções acima for selecionada, seguiremos com a análise dos embriões enviados neste ciclo.		(3) Indicar o embrião na folha de biópsia
Idioma do relatório: ☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Português		Sexagem embrionária: ☐ Sim ☐ Não
Informações do ciclo		
☐ Óvulos próprios ☐ Óvulos doados ☐ Sêmen próprio ☐ Sêmen doado		*Tipo de biópsia: ☐ Blastômero (Dia 3) ☐ Trofotoderma (Dia 5/6/7)
Data da coleta dos óvulos: ____ / ____ / ____		Data/hora prevista para a transferência de embriões ⁴ : ____ / ____ / ____
NºOPU: ____ NºMII: ____ Nº2PN: ____ Embriões biopsiados: ____		(4) Obrigatório apenas para transferências no mesmo ciclo
Método de fertilização: ☐ FIV ☐ ICSI		*Transferência do embrião: ☐ Ciclo fresco (transferência no mesmo ciclo)
Incubadora time-lapse: ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Ciclo congelado (transferência em outro ciclo)
Autorização do médico		
Certifico que as informações do paciente e do médico solicitante neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento, e que solicitei o teste acima com base no meu critério profissional. Expliquei as limitações deste teste e respondi a todas as perguntas. Compreendo que a Igenomix possa necessitar de informações adicionais e concordo em fornecer essas informações, se necessário.		
*Assinatura do médico _____		Data: ____ / ____ / ____

