

Formulário de requisição para testes PGT-A, PGT-SR, PGT-M

Os campos marcados com * são obrigatórios para realizar o teste

*ANÁLISE SOLICITADA

Pacote PGT-M (PGD) + PGT-A (PGS) PGT-M PGT-A PGT-SR (Rearranjos estruturais)

Você gostaria de solicitar o MitoScore?(¹): Sim Não

(1) : Disponível apenas para PGT-A e/ou PGT-SR. Se nenhuma das opções acima for selecionada, o MitoScore não será relatado no laudo.

(2) : Disponível apenas para PGT-A e/ou PGT-SR. Indicar o embrião na folha de biópsia.

Você está enviando rebiópsia? (²) Sim Não

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 (³): _____ (3): se não houver, insira NÃO APLICÁVEL *CPF: _____

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

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

* Cariótipo(s) (⁴): Paciente _____ Cônjuge _____

*Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

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

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

(4): O resultado do exame de cariótipo dos pacientes será necessário 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

*Data/hora prevista para transferência dos embriões (⁵): _____

(5) Obrigatório somente para transferências no mesmo ciclo

*Transferência do embrião: Ciclo fresco (transferir no mesmo ciclo) Ciclo congelado (transferir em outro ciclo)

*Tipo de biópsia: Blastômero (Dia 3) Trofotoderma (Dia 5/6/7)

*Data da biópsia: _____

***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:** ____/____/____

Título: PGT- Requisition Form and Biopsy worksheet		Código/versão: BR_L_F_PGS-PGD_001_PT_V4.0		Página 1/2
Autor (Nome): P. Motta, T. Ali, C. Carvalho, I. Ceschin		Autorizado por (Nome): Marcia Riboldi, PhD		Data de emissão: 24/novembro/2020
				Data da próxima revisão: 24/novembro/2022

*ID Paciente ⁽⁶⁾: _____
 (6): Se não houver nenhum, insira NÃO APLICÁVEL

*Nome completo da paciente: _____

***Indicação(ões):**

<p>PGT-A</p> <p><input type="checkbox"/> Idade materna avançada <input type="checkbox"/> Gestação prévia com alteração</p> <p><input type="checkbox"/> Falha na implantação (nº de falhas _____) <input type="checkbox"/> Fator masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto recorrente (nº de abortos _____) <input type="checkbox"/> Doença ligada ao X</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado de FISH de espermatozoide alterado</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>Outras indicações: _____</p>	
<p>PLOIDIA</p> <p><input type="checkbox"/> Embriões de oócitos com fertilização anormal (AFO) <input type="checkbox"/> Gestação prévia com triploidia</p> <p><input type="checkbox"/> Aumento na taxa de espermatozoides diploides <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>	

Biópsia realizada por (nome completo): _____ *Data da biópsia: _____

Tubing realizado por (nome completo): _____ *Nº do lote do washing/lysis: _____

***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		Óvulo fresco	Óvulo vitri	D2 vitri	D3 Vitri	Blato vitri	D3	D5	D6	D7	Rebiópsia		Sim	Não	Ok	Não ok	

ESPAÇO RESERVADO SOMENTE PARA IGENOMIX

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