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 do paciente:		*Data de nascimento:
*Nome completo do paciente 2:		*Data de nascimento:
Cariótipo(s)[2]: ☐ Paciente: _____ ☐ Cônjuge: _____ (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**	☐ **PGT-SR**	☐ **PGT-M**
☐ **Smart PGT-A**	☐ **PGT-SR Plus**	☐ **PGT-M + Smart PGT-A**
☐ **Smart PGT-A Plus**		☐ **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**

Se nenhuma das opções acima for selecionada, seguiremos com a análise dos embriões enviados neste ciclo.

Você está enviando rebiópsia[3]: ☐ Sim ☐ Não

(3) Indicar o embrião na folha de biópsia

Idioma do relatório: ☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Português ☐ Italiano

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

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

Data/hora prevista para a transferência de embriões[4]: _____ / _____ / _____

(4) Obrigatório apenas para transferências no mesmo ciclo

*Transferência do embrião:
☐ Ciclo fresco (transferência no mesmo ciclo)
☐ 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: _____ / _____ / _____

Espaço reservado para uso da Igenomix

Igenomix® PART OF VITROLIFE GROUP™

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

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

Informações ao Paciente

ID do paciente[1]:	*Nome completo da paciente:	*Data de nascimento:

Indicações (selecione o teste escolhido e sua respectiva indicação)

PGT-A **PGT-A Plus:**

- ☐ Idade materna avançada
- ☐ Falha de implantação (nº de falhas_____)
- ☐ Aborto espontâneo recorrente (nº de aborto_____)
- ☐ Gestação prévia com alteração
- ☐ Gestação prévia com triploidia
- ☐ Gravidez molar anterior
- ☐ Embrião(s) derivado(s) de ovócitos fertilizados anormalmente
- ☐ Fator masculino
- ☐ Resultado do FISH espermatozoide alterado
- ☐ Doença ligada ao sexo
- ☐ Mosaicismo de cromossomos sexuais
- ☐ Outro: ____

PGT-SR **PGT-SR Plus:**

- ☐ Translocação recíproca
- ☐ Translocação robertsoniana
- ☐ Inversão
- ☐ Outros rearranjos cromossômicos

Cariótipo: _____

PGT-M:

- ☐ Doenças monogênicas (indique):

_____

_____

Ploidia

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

Informações sobre a biópsia

*Biópsia realizada por: _____

*Data da biópsia: _____ /_____ /_____

*Tubing realizada por: _____

* nº do lote do washing/lysis: _____

ID do embrião		Classificação morfológica do embrião	Origem da amostra					N° de pró-núcleos e corpúsculos polares		Data da biópsia						Núcleo visível		Tubing		Comentários
Iniciais da Paciente	Nº do Embrião		Óv. fresco	Óv. vitri	D2 vitri	D3 vitri	Blasto vitri	PN	CP	D3	D5	D6	D7	Rebiópsia	Embrace anterior	Sim	Não	OK	Não OK	

ESPAÇO RESERVADO SOMENTE PARA IGENOMIX

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