

JUNO GENETICS **Formulario de solicitud de la prueba prePGT-M**

Para Juno Genetics sólo para uso interno	Número de Juno Genetics	Fecha y hora de recepción	Recibido por	Estado del caso	Indique el motivo del rechazo
				<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado	

**Los apartados marcados con (*) son de cumplimentación obligatoria para solicitar la prueba*

CLÍNICA DE REFERENCIA

Clínica remitente *		Médico remitente *	
Correo electrónico del médico *			

INFORMACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE

Nombre y apellidos *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
ID Paciente *		Donante de gametos *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ hisopo bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
1 ^{er}	Trastorno genético *	Gen *	Mutación *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		
2 ^{do}	Trastorno genético *	Gen *	Mutación *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		

INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre y apellidos *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
ID Paciente *		Donante de gametos *	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ hisopo bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
1 ^{er}	Trastorno genético *	Gen *	Mutación *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		
2 ^{do}	Trastorno genético *	Gen *	Mutación *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		

INFORMACIÓN CLÍNICA DEL/A DONANTE (si procede)

ID Donante *		Fecha de Nacimiento	DD/MM/AAAA
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ hisopo bucal <input type="checkbox"/> ADN		<input type="checkbox"/> Donante de gametos <input type="checkbox"/> Ovocitos <input type="checkbox"/> Semen
1 ^{er}	Trastorno genético *	Gen *	Mutación *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		

INFORMACIÓN CLÍNICA DE LOS FAMILIARES
 (si procede; también, en caso de miembros adicionales de la familia, reutilizar esta página)

1^{er} familiar como referencia			
Apellidos/Nombre *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
Género *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ hisopo bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Relación con preembriones para PGT-M *	<input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros: _____		Seleccione una o ambas opciones: <input type="checkbox"/> Filiación materna <input type="checkbox"/> Filiación paterna
1 ^{er}	Trastorno genético *	Gen *	
	OMIM#	OMIM#	Mutación *
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		
2 ^{do}	Trastorno genético *	Gen *	
	OMIM#	OMIM#	Mutación *
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		

2^{do} familiar como referencia			
Apellidos/Nombre *		Fecha de Nacimiento *	DD/MM/AAAA
Género *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Tipo de muestra *	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Saliva/ hisopo bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Otros: _____		
Relación con preembriones para PGT-M *	<input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otros: _____		Seleccione una o ambas opciones: <input type="checkbox"/> Filiación materna <input type="checkbox"/> Filiación paterna
1 ^{er}	Trastorno genético *	Gen *	
	OMIM#	OMIM#	Mutación *
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		
2 ^{do}	Trastorno genético *	Gen *	
	OMIM#	OMIM#	Mutación *
	Estado genético *		
	<input type="checkbox"/> No afectado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afectado <input type="checkbox"/> No probado		

Profesional sanitario autorizado para solicitar el test PGT-M

Certifico que, a mi leal saber y entender, los datos clínicos y paciente facilitados en este formulario son correctos. Basándome en la indicación clínica y en mi experiencia profesional, he solicitado esta prueba para dicho paciente. Se ha explicado al paciente las limitaciones de la prueba, incluido el hecho de que la PGT-M no es precisa al 100% y que es necesario realizar pruebas prenatales para confirmar el resultado de la prueba en cualquier embarazo conseguido tras PGT, y se ha respondido a todas las preguntas pertinentes. Acepto proporcionar cualquier información adicional solicitada por Juno Genetics en relación con esta prueba en particular.

Remitente autorizado Firma *	Fecha *
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA