

N'écrivez pas dans cette zone grise. Pour Juno Genetics usage interne uniquement	Numéro de Juno Genetics	Date de réception	Reçu par

\*Le formulaire de collecte d'échantillons sera accepté si tous les champs obligatoires marqués d'un astérisque (\*) ont été entièrement remplis.

\*\* En outre, en cas d'échantillons supplémentaires, réutilisez ce formulaire.

TYPE D'ESSAI auquel le(s) échantillon(s) se rapporte(nt) :	COORDONNÉES DE LA CLINIQUE RÉFÉRENTE	
<input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> PGT-A Constatations incidentes <input type="checkbox"/> PGT-SR Constatations incidentes <input type="checkbox"/> Autre: _____	Nom de la clinique *	
	Clinicien référent *	
	Courriel de contact *	

ÉCHANTILLON 1			
Nom/Prénom *		Date de naissance *	JJ/MM/AAAA
ID de la clinique *		Donneur de gamètes *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Genre *	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date du prélèvement *	
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal	<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Relation avec les <b>préembryons</b> pour le PGT *	<input type="checkbox"/> Mère/Père <input type="checkbox"/> Grand-parents <input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Oncle/tante <input type="checkbox"/> Autre: _____	Sélectionnez une ou les deux options: <input type="checkbox"/> Affiliation maternelle <input type="checkbox"/> Affiliation paternelle	

ÉCHANTILLON 2			
Nom/Prénom *		Date de naissance *	JJ/MM/AAAA
ID de la clinique *		Donneur de gamètes *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Genre *	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date du prélèvement *	
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal	<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Relation avec les <b>préembryons</b> pour le PGT *	<input type="checkbox"/> Mère/Père <input type="checkbox"/> Grand-parents <input type="checkbox"/> Frère/sœur <input type="checkbox"/> Oncle/tante <input type="checkbox"/> Autre: _____	Sélectionnez une ou les deux options: <input type="checkbox"/> Affiliation maternelle <input type="checkbox"/> Affiliation paternelle	

ÉCHANTILLON 3			
Nom/Prénom *		Date de naissance *	JJ/MM/AAAA
ID de la clinique *		Donneur de gamètes *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Genre *	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date du prélèvement *	
Type d'échantillon *	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Salive/écouvillon buccal	<input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Relation avec les <b>préembryons</b> pour le PGT *	<input type="checkbox"/> Grand-parents <input type="checkbox"/> Frère / sœur <input type="checkbox"/> Oncle/tante <input type="checkbox"/> Autre: _____	Sélectionnez une ou les deux options: <input type="checkbox"/> Affiliation maternelle <input type="checkbox"/> Affiliation paternelle	