

Per uso interno riservato a Juno Genetics	ID assegnato da Juno Genetics	Data diricezione	Ricevuto da	Stato della richiesta	Indicare il motivo del rifiuto
				<input type="checkbox"/> Accettata <input type="checkbox"/> Rifiutata	

**Le sezioni contrassegnate con (*) sono obbligatorie da compilare per richiedere il test*

DETTAGLI DELLA CLINICA DI RIFERIMENTO			
Clinica di riferimento *		Medico di riferimento*	
E-mail di contatto *			

INFORMAZIONI CLINICHE DELLA PAZIENTE FEMMINILE			
Nome e Cognome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
ID paziente assegnato dalla clinica*		Donatore di gameti*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tipo di campione*	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ Tampone buccale <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____		
1 st	Malattia genetica *	Gene *	Mutazione *
	OMIM#	OMIM#	
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		
2 nd	Malattia genetica *	Gene *	Mutazione *
	OMIM#	OMIM#	
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		

INFORMAZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE MASCHILE			
Nome e Cognome		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
ID assegnato dalla clinica*		Donatore di gameti*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tipo di campione*	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ Tampone buccale <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____		
1 st	Malattia genetica *	Gene *	Mutazione *
	OMIM#	OMIM#	
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		
2 nd	Malattia genetica *	Gene *	Mutazione *
	OMIM#	OMIM#	
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		

INFORMAZIONI CLINICHE SUL DONATORE (se applicabile)			
ID Donatore		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
Tipo di campione*	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ Tampone buccale <input type="checkbox"/> DNA		Donatore di gameti* <input type="checkbox"/> Ovuli <input type="checkbox"/> Spermatozoi
1 st	Malattia genetica *	Gene *	Mutazione *
	OMIM#	OMIM#	
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		

Title: prePGT-M Test requisition form (Italian) | Index: 007-ESP-F-PGT-IT | Version: 3.0 | Authorised By: Carlos Marin Vallejo | Authorised: 05-Feb-2025

INFORMAZIONI CLINICHE DEI FAMILIARI
 (se applicabili; inoltre, in caso di ulteriori familiari, riutilizzare la presente pagina)

1° familiare di riferimento			
Cognome/Nome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
Sesso*	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina		
Tipo di campione*	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ Tampone buccale <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Relazione con i pre-embrioni per il PGT-M*	<input type="checkbox"/> Nonno/a <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Zio/zia <input type="checkbox"/> Altro: _____		Selezionare una o entrambe le opzioni: <input type="checkbox"/> Linea materna <input type="checkbox"/> Linea paterna
1 st	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#	OMIM#	Mutazione *
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		
2 nd	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#	OMIM#	Mutazione *
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		

2° familiare di riferimento			
Cognome/Nome*		Data di nascita*	GG/MM/AAAA
Sesso*	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina		
Tipo di campione*	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ Tampone buccale <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Relazione con i pre-embrioni per il PGT-M*	<input type="checkbox"/> Nonno/a <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Zio/zia <input type="checkbox"/> Altro: _____		Selezionare una o entrambe le opzioni: <input type="checkbox"/> Linea materna <input type="checkbox"/> Linea paterna
1 st	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#	OMIM#	Mutazione *
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		
2 nd	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#	OMIM#	Mutazione *
	Stato genetico *		
	<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato		

Personale sanitario autorizzato a richiedere il test prePGT-M			
Certifico che, per quanto a mia conoscenza, le informazioni cliniche e personali del paziente fornite in questo modulo sono corrette. Sulla base delle indicazioni cliniche e del mio criterio professionale, ho richiesto questo test per i pazienti. I limiti del test, compreso il fatto che il PGT-M non è accurato al 100% e che è necessario un test prenatale di conferma in qualsiasi gravidanza ottenuta dopo PGT, sono stati spiegati ai pazienti e ho risposto alle domande che mi hanno rivolto. Mi impegno inoltre a fornire qualsiasi informazione aggiuntiva richiesta da Juno Genetics in merito a questo particolare test.			
Personale sanitario autorizzato Firma *		Data *	GG/MM/AAAA