

Para a Juno Genetics apenas para uso interno	Número da Juno Genetics	Data e hora da receção	Recebido por	Estado do processo	Indicar o motivo da rejeição
				<input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Rejeitado	

*\*As secções assinaladas com (\*) são de preenchimento obrigatório para solicitar o teste*

DETALHES DA CLÍNICA DE REFERÊNCIA			
Clínica de referência *		Clínico de referência *	
Correio eletrónico do médico *			

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DE PACIENTES DO SEXO FEMININO			
Apelido/Nome *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
ID da paciente *		Dador de gâmetas *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ esfregaço bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outra: _____		
1º	Doença genética *	Gene *	Mutação *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado			
2º	Doença genética *	Gene *	Mutação *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado			

INFORMAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE DO SEXO MASCULINO			
Apelido/Nome *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
ID da paciente *		Dador de gâmetas *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ esfregaço bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outra: _____		
1º	Doença genética *	Gene *	Mutação *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado			
2º	Doença genética *	Gene *	Mutação *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado			

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DO DADOR (se aplicável)			
ID Doador *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ esfregaço bucal <input type="checkbox"/> ADN		Dador de gâmetas * <input type="checkbox"/> Oócito <input type="checkbox"/> Esperma
1º	Doença genética *	Gene *	Mutação *
	OMIM#	OMIM#	
	Estado genético *		
<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado			

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

(se aplicável; também, no caso de membros adicionais da família, reutilizar esta página)

### 1º membro da família como referência

Apelido/Nome *		Data de nascimento *		DD/MM/AAAA		
Género *		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
Tipo de amostra *		<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ esfregaço bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outra: _____				
Relação com <u>pré-embriões</u> para PGT-M*	<input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Outros: _____		Selecionar uma ou ambas as opções: <input type="checkbox"/> Filiação materna <input type="checkbox"/> Filiação paterna			
1º	Doença genética *		Gene *		Mutação *	
	OMIM#		OMIM#			
	Estado genético *					
	<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado					
2º	Doença genética *		Gene *		Mutação *	
	OMIM#		OMIM#			
	Estado genético *					
	<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado					

### 2º membro da família como referência

Apelido/Nome *		Data de nascimento *		DD/MM/AAAA		
Género *		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
Tipo de amostra *		<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outra: _____				
Relação com <u>pré-embriões</u> para PGT-M *	<input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Outros: _____		Selecionar uma ou ambas as opções: <input type="checkbox"/> Filiação materna <input type="checkbox"/> Filiação paterna			
1º	Doença genética *		Gene *		Mutação *	
	OMIM#		OMIM#			
	Estado genético *					
	<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portador <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado					
2º	Doença genética *		Gene *		Mutação *	
	OMIM#		OMIM#			
	Estado genético *					
	<input type="checkbox"/> Não afetado <input type="checkbox"/> Portadora <input type="checkbox"/> Afetado <input type="checkbox"/> Não testado					

### Profissional de saúde autorizado a solicitar o teste prePGT-M

Certifico que, tanto quanto é do meu conhecimento, as informações clínicas e sobre os doentes fornecidas neste formulário estão corretas. Com base na indicação clínica e na minha experiência profissional, solicitei este teste para o(s) paciente(s). As limitações do teste, incluindo o facto de o PGT-M não ser 100% exato e de ser necessário um teste pré-natal para confirmar o resultado do teste em qualquer gravidez obtida após o PGT, foram explicadas às pacientes e todas as perguntas relevantes foram respondidas. Concordo em fornecer qualquer informação adicional solicitada pela Juno Genetics relativamente a este teste em particular.

Assinatura da pessoa de referência autorizada *		Data *	DD/MM/AAAA
---	--	--------	------------