Žádanka o preimplantační genetické testování (PGT)

Identifikace partnerky		Identifikace partnera	
Jméno, příjmení:		Jméno, příjmení:	
Číslo pojištěnce:		Číslo pojištěnce:	
Datum narození:		Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:		Zdravotní pojišťovna:	

Číslo protokolu:	
Kód diagnózy, indikace:	
Požadované preimplantační genetické testování: □ Aneuploidie (PGT-**A**) □ Translokace, jiné strukturní aberace (PGT-**SR**) □ Monogenní choroba (PGT-**M**) □ Neinvazivní chromozomový screening (**NICS**) □ Rozšířené testování aneuploidií (PGT-**A Plus®**)	

Informace o rozsahu akreditace na www.repromedalab.cz

Druh primárního vzorku:	□ Trofektoderm □ Jiný-upřesnit: □ Blank
Počet vzorků:	
Počet embryí:	
Seznam vzorků:	
Požadováno vyšetřit vzorky č.:	
Použité pohlavní buňky:	□ Vlastní □ Darované oocyty □ Darované spermie □ Darované oocyty i spermie

Poznámky – doplňující sdělení laboratoři (translokace, jiné strukturní aberace, monogenní choroba, 1PN, ...)

Předání vzorků z embryologické laboratoře	
Datum biopsie:	
Informovaný souhlas podepsán a přiložen: □ ano / □ ne	
Karyotypy obou partnerů vyšetřeny a zaslány: □ ano / □ ne	
Datum a čas předání:	
Předal (jméno a podpis):	

Transport	
□ Interní transport	
□ REPROMEDA s.r.o. (jméno, podpis)	
□ Přepravce: (jméno společnosti)	

Převzetí materiálu v laboratoři	
Datum a čas:	
Transportní teplota:	□ vyhovuje □ nevyhovuje
Převzal:	

Jméno, email a telefon osoby, které bude předán výsledek:	**Požadovaný jazyk protokolu s výsledkem:** □ Čeština / □ Angličtina / □ Němčina* / □ Polština* *Pouze pro protokoly PGT-A,PGT-SR

Odesílající pracoviště garantuje, že vyšetření bylo indikováno klinickým genetikem v souladu se zákonem č. 373/2011 (Zákon o specifických zdravotních službách).

Indikující lékař: ..... Pracoviště: ..... Odbornost 208

Odesílající pracovník: ....
jméno podpis datum

© REPROMEDA s.r.o. 2024