

TEST GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

Formulario de Biopsia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____

Nacimiento ____/____/____

Pareja-Nombre _____ Pareja-Apellido _____

Pareja-Nacimiento ____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA Y EL CENTRO DE FIV

Tipo de Muestra: Día 3 (Blastómera) Día 5/6 (Trofoectodermo) Rebiopsia Otro _____
Donación de gametas Ovocitos Esperma
Edad _____

Centro de FIV _____ Código del Centro _____

Embriólogo que:
Realiza la biopsia _____ Realiza el entubado _____
Nombre y Apellido Nombre y Apellido

Fecha de biopsia ____/____/____

TEST SOLICITADO

PGT-A (Aneuploidías) PGT-RC (Reordenamientos Cromosómicos)

INFORMACIÓN SOBRE LAS MUESTRAS BIOPSIADAS

	Identificación	Estadio	# Células Biopsiadas	Células Visualizadas en el Tubo?	Grado del Embrión	Células (C) / Control Negativo (CN)	Comentarios
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

TEST GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

Formulario de Biopsia

INFORMACIÓN SOBRE LAS MUESTRAS BIOPSIADAS							
	Identificación	Estadio	# Células Biopsiadas	Células Visualizadas en el Tubo?	Grado del Embrión	Células (C) / Control Negativo (CN)	Comentarios
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							