

# TEST GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

## Formulario de Solicitud de Estudio

Nº de Solicitud \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  F  M  Otro \_\_\_\_\_  
Pareja-Nombre \_\_\_\_\_ Pareja-Apellido \_\_\_\_\_  
Pareja-Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  F  M  Otro \_\_\_\_\_  
Tel contacto \_\_\_\_\_ Donación de gametas  Ovocitos / Edad \_\_\_\_\_  
E-mail contacto \_\_\_\_\_  Esperma

### INFORMACIÓN MÉDICA

Nº concepciones previas \_\_\_\_\_ Nº Abortos previos \_\_\_\_\_ Nº Nacimientos previos \_\_\_\_\_ Nº de ciclos previos \_\_\_\_\_  
Factor Masculino  SI  NO Otros Antecedentes \_\_\_\_\_

### TEST GENÉTICOS PREVIOS

PGT Previos  NO  
 SI Resultado:  Aneuploidía  Mosaicismo  Sin Resultados  
Cariotipo (Reordenamiento Estructural)  SI  NO

### TEST SOLICITADO

PGT-A (Aneuploidías)  PGT-RC (Reordenamientos Cromosómicos)  
*Necesario un reporte previo del cariotipo*  
Informar los mosaicismos genéticos  SI  NO  
*En caso que se solicite NO informar los mosaicismos, sólo se reportará la condición Euploide o Aneuploide (Normal / Balanceado o Anormal / No-balanceado)*  
Informar el sexo  SI  NO

### INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA

Centro de FIV \_\_\_\_\_ Ciudad / Provincia \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel contacto \_\_\_\_\_ Código del Centro \_\_\_\_\_  
Completado por \_\_\_\_\_  
*Nombre y Apellido*  
Médico Solicitante \_\_\_\_\_  
*Nombre y Apellido* *Firma del Médico*