

Per uso interno riservato a Juno Genetics	ID assegnato da Juno Genetics	Data dircezione	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 assegnato dalla clinica*		Donatore di gameti*	<input type="checkbox"/> Si <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 <sup>st</sup>	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 <sup>nd</sup>	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"/> Si <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 <sup>st</sup>	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 <sup>nd</sup>	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 DEI FAMILIARI**  
(se applicabili; inoltre, in caso di ulteriori familiari, riutilizzare la presente pagina)

<b>1° familiare di riferimento</b>			
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 <b>pre-embrioni</b> 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 <sup>st</sup>	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#		OMIM#
	Stato genetico *		
<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato			
2 <sup>nd</sup>	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#		OMIM#
	Stato genetico *		
<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato			

<b>2° familiare di riferimento</b>			
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 <b>pre-embrioni</b> 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 <sup>st</sup>	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#		OMIM#
	Stato genetico *		
<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato			
2 <sup>nd</sup>	Malattia genetica *		Gene *
	OMIM#		OMIM#
	Stato genetico *		
<input type="checkbox"/> Non affetto <input type="checkbox"/> Portatore <input type="checkbox"/> Affetto <input type="checkbox"/> Non testato			

<b>Personale sanitario autorizzato a richiedere il test prePGT-M</b>			
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	