

Non scrivere in questa zona grigia. Per uso interno riservato a Juno Genetics	ID assegnato da Juno Genetics	Data di ricezione	Ricevuto da

**I campioni saranno accettati solo se tutte le sezioni obbligatorie contrassegnate con (*) sono state compilate
** Inoltre, in caso di ulteriori campioni, riutilizzare il presente modulo*

TIPO DI TEST per cui sono richiesti i campioni*:	DETTAGLI DELLA CLINICA DI RIFERIMENTO
<input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> Altro: _____	Nome della clinica* Medico di riferimento* E-mail di contatto*
<input type="checkbox"/> PGT-A Risultati incidentali <input type="checkbox"/> PGT-SR Risultati incidentali	

CAMPIONE 1			
Nome e Cognome *		Data di nascita *	GG/MM/AAAA
ID assegnato dalla clinica *		Donatore di gameti *	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sesso *	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di raccolta del campione *	
Tipo di campione *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/Tampone buccale	<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Relazione con i pre-embrioni per il PGT *	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <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	

CAMPIONE 2			
Nome e Cognome *		Data di nascita *	GG/MM/AAAA
ID assegnato dalla clinica *		Donatore di gameti *	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sesso *	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di raccolta del campione *	
Tipo di campione *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/Tampone buccale	<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Relazione con i pre-embrioni per il PGT *	<input type="checkbox"/> Madre/Padre <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	

CAMPIONE 3			
Nome e Cognome *		Data di nascita *	GG/MM/AAAA
ID assegnato dalla clinica *		Donatore di gameti *	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sesso *	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	Data di raccolta del campione *	
Tipo di campione *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/Tampone buccale	<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Relazione con i pre-embrioni per il PGT *	<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	