

Não escreva nesta zona cinzenta. Para a Juno Genetics apenas para uso interno	Número da Juno Genetics	Data de receção	Recebido por

\*O formulário de recolha de amostras será aceite se todos os campos obrigatórios assinalados com (\*) tiverem sido completamente preenchidos.

\*\* Além disso, no caso de mais amostras, reutilizar este formulário

TIPO DE ENSAIO com o qual a(s) amostra(s) está(ão) relacionada(s):	DETALHES DA CLÍNICA DE REFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> PGT-M <input type="checkbox"/> PGT-A Achados incidentais <input type="checkbox"/> PGT-SR Achados incidentais <input type="checkbox"/> Outros: _____	Nome da clínica * Médico de referência * E-mail de contacto *

AMOSTRA 1			
Apelido/Nome *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
ID da clínica *		Dador de gâmetas *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Género *	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data recolha amostra *	
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Relação com os <u>pré-embriões</u> para PGT *	<input type="checkbox"/> Mãe/Pai <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	Selecionar uma ou ambas as opções: <input type="checkbox"/> Filiação materna <input type="checkbox"/> Filiação paterna		

AMOSTRA 2			
Apelido/Nome *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
ID da clínica *		Dador de gâmetas *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Género *	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data recolha amostra *	
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Relação com os <u>pré-embriões</u> para PGT *	<input type="checkbox"/> Mãe/Pai <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	Selecionar uma ou ambas as opções: <input type="checkbox"/> Filiação materna <input type="checkbox"/> Filiação paterna		

MUESTRA 3			
Apelido/Nome *		Data de nascimento *	DD/MM/AAAA
ID da clínica *		Dador de gâmetas *	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Género *	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data recolha amostra *	
Tipo de amostra *	<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Saliva/ bucal <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Relação com os <u>pré-embriões</u> para PGT *	<input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	Selecionar uma ou ambas as opções: <input type="checkbox"/> Filiação materna <input type="checkbox"/> Filiação paterna		