GENETIX
Centro de diagnóstico en genética humana y reproductiva

EMBRIONIX by GENETIX EMBRIOBLAX by GENETIX

FORMULARIO DE INGRESO – DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTATORIO
LAG-FOR-16 V3 28/12/2022

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:.	
Identificación:	Dirección:
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Edad:	E-mail:
Sexo:	Medico tratante:

DATOS DEL REMITENTE (aplica para convenios institucionales):

Nombre del convenio institucional:	
Teléfono para notificaciones:	Email para notificaciones:

EXAMEN SOLICITADO (marque con X):
EMBRIONIX (NO INVASIVO): ____ EMBRIOBLAX (INVASIVO): _____PGTA-M: _____ PGTA-SR: _____
Fecha de ICSI: _____
ID del paciente: _____(Corresponde a dos letras mayúsculas iniciales del nombre y apellido del paciente para identificación de las muestras)

Fecha de la toma:	Hora de la toma:

Embrión	Día de Biopsia o recolección del medio de cultivo	Número de células biopsiadas o cantidad de medio de cultivo recolectado	Calidad de las células	Observaciones

DIAGNOSTICO

Indicación por la que se solicitó el examen:

COMENTARIOS PARA PGTA-M y PGTA-SR (describa los antecedentes de los pacientes):

_____

_____