

SOLICITUD PARA REALIZACIÓN DE PGD/PGS

SOLICITAR RECOGIDA DE MUESTRAS: email PGD@BIOARRAY.ES
Teléfono: 0034 966682500

A rellenar por BA:

Id _____

Fecha _____

Datos Solicitante				
Centro/Clínica				Departamento
Dirección				Ciudad
Código postal		Teléfono		País
Dr. Solicitante				Email

Datos paciente				
Apellidos, Nombre		Apellidos, Nombre		
Fecha Nac		Sexo		
DNI/NHC/Id			DNI/NHC/Id	
Email			Email	

Test solicitado (marque la casilla)			
PGS (NGS)	☐	PGS 24h (NGS)	☐
PGS+PGD (NGS)	☐	PGD (NGS)	☐
R-PGS	☐	Si lo conoce, indique nº presupuesto:	

Datos clínicos (recomendable adjuntar informes genéticos)	
Indicación DGP (Edad materna, etc)	
Información clínica relevante	

Datos para informe de resultados	
Email envío informe	
Idioma del informe	

Firma de la solicitud	
Declaro que los pacientes identificados en esta solicitud han firmado el consentimiento informado para el estudio, y que este ha sido incluido en su historial médico. También declaro que la información de este formulario corresponde a la realidad.	Firma solicitante
Persona solicitante	Fecha