A rellenar por BA: Nº Registro:_____

Fecha:_____

BIOARRAY
Diagnóstico Genético

RECOGIDA DATOS BIOPSIA Y TUBING

Paciente _____ FNac _____ Fecha _____

Cónyuge _____ FNac _____ NHC _____

Clínica _____ Persona contacto _____ Teléfono _____ email _____

Nº embrión	Tubo ID	D3/D5/ D6/D7	Calidad Embrión	Nº células biops.	Calidad biopsia	Método biopsia	Persona biopsia	Testigo biopsia	Calidad tubing	Persona tubing	Testigo tubing	Observaciones

Nombre Persona Biopsia_____ Nombre Persona Tubing_____

Testigo biopsia_____ Testigo Tubing_____

Calidad biopsia: +++ (excelente), ++ (buena), + (dificultosa)

Calidad Tubbing: +++ (visible en tubo), ++ (dudoso), + (no visible)

Lote Medio Lavado: _____