

Форма заказа ПГТ

Дата отправки образцов: — —

Организация:

Контактное лицо:

Тел./e-mail:

Показания к проведению ПГТ:

- Поздний возраст матери Анеуплоидия в предыдущей беременности Неудачные попытки ЭКО
 Повторяющееся отсутствие имплантации Транслокация у родителей Привычное невынашивание

Другое:

Метод оплодотворения: ИКСИ ЭКО

Исследование:

- Премиум ПГТ-А: Преимплантационное генетическое тестирование методом NGS покрытие от 1 млн
 Базис ПГТ-А: Преимплантационное генетическое тестирование методом NGS покрытие от 500 000
 ПГТ-SNP: Преимплантационное генетическое тестирование методом XMA
 Ni-PGT: Неинвазивное преимплантационное генетическое тестирование методом NGS покрытие от 1 млн

Номер карты:

ФИО пациента, дата рождения: — —

Донор ооцитов (да, нет) №

ФИО партнера, дата рождения: — —

Донор спермы (да, нет) №

Дата биопсии — — Количество образцов:

№	Оценка эмбриона		Информация по биопсии		
	№ эмбриона	Стадия развития	Характеристика развития эмбриона	Количество клеток в биоптате	Примечания В работу/на хранение

Эмбриолог:

Эмбриолог, ФИО:

Репродуктолог, ФИО: