

Дата отправки образцов:	Организация:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(число) (месяц) (год)</small>	<input type="text"/>	
Контактное лицо:	Тел./e-mail:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Показания к проведению ПГТ:</b>		
<input type="checkbox"/> Поздний возраст матери	<input type="checkbox"/> Анеуплоидия в предыдущей беременности	<input type="checkbox"/> Неудачные попытки ЭКО
<input type="checkbox"/> Повторяющееся отсутствие имплантации	<input type="checkbox"/> Транслокация у родителей	<input type="checkbox"/> Привычное невынашивание
Другое:		
<input type="text"/>		
Метод оплодотворения: <input type="checkbox"/> ИКСИ <input type="checkbox"/> 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:	<input type="text"/>
ФИО пациента, дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Донор ооцитов (да, нет) №	<input type="text"/>
ФИО партнера, дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Донор спермы (да, нет) №	<input type="text"/>
Дата биопсии	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Количество образцов: <input type="text"/>

№	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:

М.П.