

Nom		Date de naissance	
Prénom		Sexe <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Rue, No.		Téléphone	
NPA	Lieu		
Nom de l'assurance		Numéro d'assuré	
Facture <input checked="" type="checkbox"/> Expéditeur			

Copie du résultat à

### Analyses

- PGT-A** (dépistage préimplantatoire des anomalies de nombre des chromosomes / aneuploidies)
- PGT-SR** (dépistage préimplantatoire des anomalies structurelles chromosomiques déséquilibrées)  
**Important**
  - Veuillez joindre les compte-rendus des parents (caryotype, FISH, CGH-Array)!
  - Uniquement disponible après conseil génétique!
- PGT-M** (diagnostic préimplantatoire des maladies monogéniques)  
**Important**
  - Uniquement disponible après conseil génétique!

**i** Le statut de porteur hétérozygote sain dans le cas d'une maladie d'hérédité autosomique récessive et le sexe de l'embryon ne sont pas rapportés, à l'exception des cas de maladies héréditaires liées au sexe et d'aneuploidie des chromosome sexuels.

### Renseignements cliniques / remarques / indication

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Déclaration sur la prise en charge des coûts de l'analyse

Je confirme avoir été informé(e) par la / le médecin au sujet de l'analyse biologique considérée, ainsi que de son coût. Je suis d'accord pour faire effectuer le (les) test(s) et d'en couvrir les coûts, si un accord préalable de paiement avec mon assurance maladie ne peut être établi.

Lieu, Date	Signature de la patiente
Lieu, Date	Signature du conjoint

Lieu, Date	Signature de la / du médecin

À compléter par le laboratoire Date: . . . Heure: : . Signature:

\* Ne remplir que lorsque le formulaire est imprimé sur deux feuilles indépendantes

Échantillon	ID de l'échantillon	Couleur du tube	Position dans le support	Numéro de l'embryon	Jour de la biopsie	Date	Heure	Nombre de cellules	Remarques (notez les volumes > 2.5 µl)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

**Lieu / Date / Signature**

Lieu, Date	Signature de l'embryologiste