Geniality Diagnóstico Genético, SL.

Parque Científico de Madrid. C/ Faraday, 7. 28049-Madrid,
911 266 963, dgp@geniality.es www.geniality.es

Formulario solicitud de Test Genético Preimplantacional (TGP)

A rellenar por Geniality			
Código GNY		**Fecha Recepción:**	

Información del Solicitante	
Fecha de Petición:	
Médico responsable:	
Centro Peticionario:	
Centro de FIV:	

Información del TGP	
Nº de Historia Clínica Centro:	
Nº de Historia Geniality (GNY):	
Fecha de Nacimiento:	
Indicación TGP:	TGP-A ☐ TGP-SR ☐ TGP-M ☐ *Imprescindible enviar Consentimiento Informado para TGP*
Indicación Clínica:	*Imprescindible enviar Informe del estudio Genético o Cariotipo previo al TGP*
Fecha inicio estimulación:	
Fecha prevista de punción:	
Día de biopsia:	D+3 ☐ D+5/+6 ☐
Transferencia:	Fresco ☐ Diferida ☐

TGP-A= Test Genético Preimplantacional de Aneuploidías
TGP-SR= Test Genético Preimplantacional de Alteraciones cromosómicas estructurales.
TGP-M= Test Genético Preimplantacional de enfermedades Monogénicas