



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO A [SUPPORT@COOPERGENOMICS.COM](mailto:SUPPORT@COOPERGENOMICS.COM) ANTES DE ENVIAR LAS MUESTRAS.  
DEJAR CUALQUIER SECCIÓN INCOMPLETA O EN BLANCO PODRÍA RESULTAR EN EL RETRASO DE LAS PRUEBAS.  
EMAIL COMPLETED FORM TO [SUPPORT@COOPERGENOMICS.COM](mailto:SUPPORT@COOPERGENOMICS.COM) PRIOR TO SENDING SAMPLES. LEAVING ANY SECTION BLANK OR INCOMPLETE MAY RESULT IN A DELAY OF TESTING.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE PATIENT INFORMATION

N.º ID del paciente \_\_\_\_\_  
Patient ID#

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Patient Name

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)  
DOB (Month/Day/Year)

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Telephone Email

Dirección de correo línea 1 \_\_\_\_\_  
Address Line 1

Dirección de correo línea 2 \_\_\_\_\_  
Address Line 2

Ciudad \_\_\_\_\_  
City

Estado/provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
State/Province Zip/Postal Code

## INFORMACIÓN DE LA MUESTRA SPECIMEN INFORMATION

Tipo de muestra: Biopsia endometrial  
Specimen Type: Endometrial Biopsy

Seleccione una: ☐ Primera biopsia ☐ Segunda biopsia  
Select One: First Biopsy Second Biopsy

¿Es una repetición de biopsia de un «Sin resultado» anterior de CooperGenomics? ☐ Sí  
Is this a rebiopsy of a previous CooperGenomics 'No-Result'? Yes

Fecha de la biopsia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)  
Biopsy Date (Month/Day/Year)

Hora de la biopsia \_\_\_\_\_  
Biopsy Time

**TENGA EN CUENTA QUE LOS RESULTADOS PUEDEN VERSE AFECTADOS POR EL USO RECIENTE DE ANTIBIÓTICOS.**  
**PLEASE NOTE THAT RESULTS MAY BE IMPACTED BY RECENT ANTIBIOTIC USAGE.**

INFORMACIÓN DE LA PRUEBA - SELECCIONE PRUEBA(S)  
TEST INFORMATION - SELECT TEST(S)

- ☐ Prueba ER-Complete<sup>SM</sup>  
Incluye las pruebas ERPeak<sup>SM</sup> y ERBiome<sup>SM</sup>  
ER-Complete<sup>SM</sup> Test includes both ERPeak<sup>SM</sup> and ERBiome<sup>SM</sup> testing
- ☐ Prueba de receptividad endometrial ERPeak<sup>SM</sup>  
Evalúa el momento en que el endometrio es más receptivo (WOI)  
ERPeak<sup>SM</sup> Endometrial Receptivity Test Evaluates when endometrium is most receptive (WOI)
- ☐ Prueba de microbioma endometrial ERBiome<sup>SM</sup>  
Valora la abundancia relativa de lactobacilos Detecta la presencia/ausencia de patógenos del tracto reproductivo conocidos  
ERBiome<sup>SM</sup> Endometrial Microbiome Test  
Assesses relative abundance of lactobacillus Detects presence/absence of known reproductive tract pathogens

INFORMACIÓN DE CICLO (requerida para solicitar ER-Complete<sup>SM</sup> o ERPeak<sup>SM</sup>)  
CYCLE INFORMATION (Required when ordering ER-Complete<sup>SM</sup> or ERPeak<sup>SM</sup>)

Tipo de ciclo \_\_\_\_\_  
Type of Cycle

☐ HRT: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año HH MM  
Month Day Year HH MM

P+ \_\_\_\_\_ (por ejemplo, P+S\*)  
(i.e. P+S\*)

☐ Natural: \_\_\_\_\_  
Natural: \_\_\_\_\_

LH+ \_\_\_\_\_ (por ejemplo, LH+7\*)  
(i.e. LH+7\*)

hCG+ \_\_\_\_\_ (por ejemplo, hCG+7\*)  
(i.e. hCG+7\*)

Fecha de la 1ª administración de P4 Hora\*\*  
Date of 1st P4 intake Time\*\*

Fecha del 1º pico de LH Hora\*\*  
Date of 1st LH peak Time\*\*

Fecha de la 1ª inyección de hCG Hora\*\*  
Date of 1st hCG injection Time\*\*

\*El primer día de administración de la progesterona se considera P+0. El día del pico de LH se considera LH+0.  
El día de la inyección de hCG se considera hCG+0. \*\*Completar la hora de administración de hormonas en el formato hh:mm  
\*The first day of progesterone administration is considered P+0. The day of the LH peak is considered LH+0.  
The day of hCG injection is considered hCG+0. \*\*Complete time of hormone administration in the HH:MM format

## INFORMACIÓN DEL CENTRO IVF IN VITRO FERTILIZACI (IVF)

Nombre del centro de FIV \_\_\_\_\_  
IVF Center Name

Código del centro de FIV \_\_\_\_\_  
IVF Center Code

Formulario completado por (nombre en mayúsculas) \_\_\_\_\_  
Form Completed by (Print Name)

Fecha \_\_\_\_\_  
Date

Nombre del médico \_\_\_\_\_  
Physician Name

Dirección de correo línea 1 \_\_\_\_\_  
Address Line 1

Dirección de correo línea 2 \_\_\_\_\_  
Address Line 2

Estado/provincia \_\_\_\_\_  
State/Province

Código postal \_\_\_\_\_  
Zip/Postal Code

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Physician Signature Date

**INCLUYA EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL KIT DE MUESTRA AL ENVIAR LA MUESTRA DE LA BIOPSIA AL LABORATORIO COOPERGENOMICS.**

**NO SE EMITIRÁ EL INFORME SI NO EXISTE UN REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO FIRMADO DEL PACIENTE.**

**INCLUDE THE COMPLETED FORM IN THE SAMPLE KIT WHEN SHIPPING BIOPSY SAMPLE TO THE COOPERGENOMICS LAB. REPORT WILL NOT BE RELEASED WITHOUT A SIGNED PATIENT CONSENT FORM ON FILE.**

## Instrucciones para la recolección de la muestra

1. Complete este formulario de solicitud en su totalidad; 2. Tras la recolección de la muestra del paciente, colocar el tubo de recolección en la bolsa de riesgo biológico y almacenar en el refrigerador de acuerdo con las instrucciones de preparación y envío de muestras de pruebas endometriales CooperSurgical.

## Instructions for Sample Collection

1. Complete this requisition form in its entirety; 2. Upon collecting the patient's sample, place the collection tube in the biohazard bag and store in the refrigerator according to the CooperSurgical Endometrial Testing Sample Preparation & Shipping Instructions.