



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO A GENOMICSSUPPORT@COOPERSURGICAL.COM ANTES DE ENVIAR LAS MUESTRAS
SI SE DEJA ALGUNA SECCIÓN EN BLANCO O INCOMPLETA, EL TEST PODRÍA RETRASARSE
EMAIL COMPLETED FORM TO GENOMICSSUPPORT@COOPERSURGICAL.COM PRIOR TO SENDING SAMPLES. LEAVING ANY SECTION BLANK OR INCOMPLETE MAY RESULT IN A DELAY OF TESTING

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

Nombre(s) First Name	Apellido(s) Last Name
Fecha de nac. DOB AAAA/YYYY / MM/MM / DD/DD	Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. ☐ Otro Sex: Female Male Other ID del paciente Patient Clinic ID
Nombre(s) de la pareja Partner First Name	Apellido(s) de la pareja Partner Last Name
Fecha de nac. de la pareja Partner DOB AAAA/YYYY / MM/MM / DD/DD	Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. ☐ Otro Sex: Female Male Other ID de la pareja Partner Clinic ID
Teléfono Phone	Dirección Address
Email Email	Ciudad City Estado/Prov. State/Prov Código Postal Postal Code
¿Se usaron gametos de donante? Gamete Donor Used?	☐ Donante de ovocitos (Edad Egg Donor (Age)) ☐ Donante de espermatozoides Sperm Donor ID del donante Donor ID

Historia clínica/Medical History

No. de concepciones previas # Previous Conceptions	No. de abortos previos # Previous Miscarriages	No. de partos previos # Previous Deliveries	No. de ciclos de FIV previos # Previous IVF Cycles
Diagnóstico primario Primary Diagnosis	¿Infertilidad por factor masculino?: Male Factor Infertility?:	☐ SÍ Yes	☐ No No

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA/SPECIMEN INFORMATION

Fecha estimada de recuperación de los ovocitos Estimated Egg Retrieval Date	Motivo del estudio/de la derivación Reason for Testing/Referral
Tipo de muestra: (Marque todos los que correspondan) Sample Type: (Select all that apply)	Tipo de transferencia Transfer Type
☐ Trofoectodermo en D5/6 D5/6 Trophoctoderm	☐ Trofoectodermo en D7 D7 Trophoctoderm
☐ Repetición de la biopsia Rebiopsy	☐ Otro: Other:

INFORMACIÓN SOBRE EL/LOS TEST(S)† - Seleccionar el/los test(s)/TEST INFORMATION†-Select Test(s)

☐ PGT-A (Test genético preimplantacional para la detección de aneuploidías) PGT-A (Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidies)	☐ PGT-M (Test genético preimplantacional para la detección de defectos monogénicos/en un solo gen) ¹ PGT-M (Preimplantation Genetic Testing for Monogenic/Single Gene Defects)¹
☐ PGT-A con informe de mosaicismo (por defecto) PGT-A with mosaic reporting (default)	<i>Se requiere la revisión y aprobación del caso antes del envío de la biopsia. Case review and approval are required prior to biopsy submission</i>
☐ PGT-A sin informe de mosaicismo PGT-A without mosaic reporting	Especificar el gen o los genes: Specify Gene(s): No. OMIM: OMIM #:
☐ Informar el sexo (para los países en los que está permitido) Report Sex (for countries where permissible)	☐ Compatibilidad de HLA HLA Matching
☐ PGT-Complete PGT-Complete	<i>El test de aneuploidías está incluido con el PGT-M; indique su preferencia: Aneuploidy testing is included with PGT-M; please indicate preference:</i>
Incluye PGT-A, con Parental QC ¹ , Origin of Aneuploidy y Genetic PN Check. Se requieren muestras parentales. Se requiere un informe de mosaicismo. Se recomienda que la obtención de la muestra parental se realice en el consultorio del médico. Includes PGT-A, with Parental QC¹, Origin of Aneuploidy and Genetic PN Check. Parental samples are required. Mosaic reporting is required. Collection of the parental sample is recommended to take place at the clinician's office.	☐ Agregar el PGT-A para muestras embrionarias no afectadas/portadoras (por defecto) Add PGT-A for unaffected/carrier embryo samples (default)
☐ Enviar los kits parentales a la clínica Send parental kits to clinic	☐ Agregar el PGT-A para todas las muestras embrionarias Add PGT-A for all embryo samples
☐ Enviar los kits parentales al paciente/pareja Send parental kits to patient/partner	☐ Selección del sexo por indicación médica Medically Indicated Sex Selection
☐ PGT-A con informe de mosaicismo (por defecto/requerido) PGT-A with mosaic reporting (default/required)	☐ Informar mosaicismo (por defecto) Report mosaicism (default)
☐ Informar los resultados del ciclo anterior (solo con informe de mosaicismo) ² Report results from previous cycle (with mosaic reporting only)²	☐ No informar mosaicismo Do not report mosaicism
☐ Informar el sexo (para los países en los que está permitido) Report Sex (for countries where permissible)	☐ Informar el sexo (para los países en los que está permitido) Report Sex (for countries where permissible)
	☐ Informar los resultados del PGT-Complete (solo con informe de mosaicismo) Report PGT-Complete results (with mosaic reporting only)
	☐ PGT-SR (Test genético preimplantacional para la detección de reordenamientos cromosómicos estructurales) – Se requiere el cariotipo ¹ PGT-SR (Preimplantation Genetic Testing for Chromosomal Structural Rearrangements - Karyotype Required¹)
	<i>Se requiere la revisión y aprobación del caso antes del envío de la biopsia. Case review and approval are required prior to biopsy submission.</i>
	<i>El test de aneuploidías está incluido con el PGT-SR; indique su preferencia en cuanto al tipo de informe que desea recibir: Aneuploidy testing is included with PGT-SR; please indicate reporting preference:</i>
	☐ Informar mosaicismo (por defecto) ☐ No informar mosaicismo Report mosaicism (default) Do not report mosaicism
	☐ Informar los resultados del PGT-Complete (solo con informe de mosaicismo) Report PGT-Complete results (with mosaic reporting only)
	☐ Informar el sexo (para los países en los que está permitido) Report Sex (for countries where permissible)

Notas /Comentarios /Otras solicitudes:

Notes /Comments /Other Requests:



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO A GENOMICSSUPPORT@COOPERSURGICAL.COM ANTES DE ENVIAR LAS MUESTRAS
SI SE DEJA ALGUNA SECCIÓN EN BLANCO O INCOMPLETA, EL TEST PODRÍA RETRASARSE
EMAIL COMPLETED FORM TO GENOMICSSUPPORT@COOPERSURGICAL.COM PRIOR TO SENDING SAMPLES. LEAVING ANY SECTION BLANK OR INCOMPLETE MAY RESULT IN A DELAY OF TESTING

INFORMACIÓN SOBRE EL CENTRO DE FIV / IVF CENTER INFORMATION

Nombre de la clínica de FIV _____
IVF Clinic Name

Fecha _____ / _____ / _____
Date AAAA/YYYY MM/MM DD/DD

Persona de contacto del laboratorio _____
Laboratory Contact Person

Email/móvil de la clínica _____
Clinic Email/Mobile

Médico solicitante _____
Ordering Clinician

Distribución/destino del informe _____
Report Distribution/Destination

Firma del médico _____
Clinician Signature

LOS TEST COMENZARÁN UNA VEZ RECIBIDO EL FORMULARIO. LOS INFORMES DE PGT-M+PGT-A Y PGT-SR NO SE EMITIRÁN SIN EL CONSENTIMIENTO FIRMADO DEL PACIENTE
TESTING WILL BEGIN UPON RECEIPT OF TRF. PGT-M+PGT-A, AND PGT-SR PATIENT REPORTS WILL NOT BE ISSUED WITHOUT SIGNED PATIENT CONSENT

Nota: Todos los campos obligatorios están marcados en negrita. † Reprogenetics, Recombine, Genesis Genetics u otros laboratorios clínicos afiliados con CooperGenomics realizan los tests. 1. El TEST Parental QC no se informa en los países en los que no está permitido por los organismos reguladores (por ejemplo, el Reino Unido). 2. Solo en el caso de muestras analizadas originalmente con la tecnología PGTai 2.0 desde el 18 de noviembre de 2024.

Note: All required fields are marked with bold font. † Testing is performed by Reprogenetics, Recombine, Genesis Genetics, or other clinical laboratories affiliated with CooperGenomics.

1. Parental QC is not reported in countries (e.g. UK) where it is not permitted by regulatory bodies. 2. Only available for samples originally analyzed via PGTai 2.0 technology from November 18, 2024.