



**Informações Gerais** (obrigatório)

Nome Completo do(a) Paciente	Data de Nascimento do(a) Paciente (DD/MM/AAAA)
Nome Completo do(a) Cônjuge	Data de Nascimento do(a) Cônjuge (DD/MM/AAAA)

**Médico Solicitante** (Obrigatório)

Nome do(a) Médico(a) Solicitante	Clínica
----------------------------------	---------

**Informação da Amostra** (Obrigatório)

Data de Coleta (DD/MM/AAAA)	Local da Coleta
Data de Envio (DD/MM/AAAA)	Responsável pela Biópsia

**Informações Clínicas** (Obrigatório)

**Motivo da realização do exame**

Idade materna avançada? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Abortos espontâneos de repetição? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Quantos? _____
Repetidas falhas de implantação? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Quantas? _____	Fator masculino <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Gestação prévia com aneuploidia? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual? _____	Doações de gametas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual? <input type="radio"/> Óvulos <input type="radio"/> Sêmen
Já foi realizado estudo cromossômico do casal? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Resultado: _____	
História familiar positiva para doença genética? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ Grau de parentesco: _____	

**Informações Embrionárias** (Obrigatório)

Identificação tubo	Dia da biópsia	Origem	Tubing	Morfologia embrionária	Observações