

Código ID:

(No cumplimentar)

SOLICITUDES DE INFORME PARA AUTORIZACIÓN DE TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

Comunidad Autónoma:	Fecha Solicitud:
----------------------------	-------------------------

A. Centro o servicio de Reproducción Humana Asistida Solicitante:

--

B. Centro o servicio de genética, solo si es diferente al centro o servicio de RHA:

--

C. Información sobre la enfermedad genética

Enfermedad:	
Gen implicado:	
Mutación responsable:	
Tipo de herencia:	
% de éxito:	

D. Miembros de la pareja

Miembro afecto:

Edad actual:	
Capacidad reproductiva ¹ :	
Edad de aparición:	
Diagnóstico clínico y situación actual:	

Miembro no afecto:

Edad actual:	
Capacidad reproductiva ¹ :	

E. Familiares afectos

	Relación de consanguinidad	¿Portador de la misma mutación?	Diagnóstico clínico y situación actual	Edad de aparición

F. Comentarios

--

¹ Indicar niveles de FSH y recuento de folículos antrales en el caso de la mujer y resultado del seminograma en el caso del hombre.

SOLICITUDES DE INFORME PARA AUTORIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL (DGP)

G. Documentación adjuntada

1. Solicitud de autorización
2. Acreditación del centro o servicio de RHA
3. Acreditación del centro o servicio de genética
4. Informe médico del miembro de la pareja afecto
 - 4.1. Informe médico de los familiares afectos
5. Resultados de los análisis genéticos del miembro de la pareja afecto
 - 5.1. Resultados de los análisis genéticos de los familiares afectos
6. Informe de consejo genético
7. Informe clínico ginecológico
8. Informe clínico andrológico
9. Formularios de consentimiento informado

H. Para una PRIMERA SOLICITUD de estas técnicas

10. Información de la experiencia del centro o servicio de RHA
11. Información de la experiencia del laboratorio o servicio de genética
12. Procedimiento coordinado de trabajo entre el centro o servicio de RHA y el laboratorio o servicio de genética