

Запрос на оказание услуг

Организация, город _____
 № договора _____
 ФИО пациента, возраст _____
 ФИО партнера, возраст _____
 Диагноз _____

Вид запрашиваемых медицинских услуг (нужное отметить):

1. Преимплантационное генетическое исследование:

- ПГД-консультирование;
- Преимплантационная диагностика хромосомных аномалий методом aCGH в свежем цикле;
- Преимплантационная диагностика хромосомных аномалий методом aCGH в криоцикле;
- Преимплантационная диагностика хромосомных аномалий методом aCGH в свежем цикле (транслокации);
- Преимплантационная диагностика хромосомных аномалий методом aCGH в криоцикле (транслокации);
- Разработка индивидуальной тест-системы для ПГД моногенных заболеваний 1 категории сложности;
- Разработка индивидуальной тест-системы для ПГД моногенных заболеваний 2 категории сложности;
- Разработка индивидуальной тест-системы для ПГД моногенных заболеваний 3 категории сложности;
- ПГД моногенных заболеваний 1 категории сложности;
- ПГД моногенных заболеваний 2 категории сложности;
- ПГД моногенных заболеваний 3 категории сложности;
- ПГД хромосомных аномалий методом NGS.

Предполагаемый срок проведения биопсии _____

Предполагаемый срок отправки биоматериала _____

Предполагаемый вид цикла:

- Свежий;
- Замороженный;
- Замороженный с накоплением эмбрионов.

Требуются ли услуги по выезду эмбриолога? да / нет

Если «да», то по адресу: _____

2. Прочие медицинские услуги:

- Медико-генетическая консультация;
- Панель «Подготовка к беременности»
- Панель «Женская\мужская фертильность»
- Неинвазивный пренатальный тест Prenetix;
- Консультация по подбору донора спермы;
- Другие услуги: _____ (укажите код услуги).

ФИО лечащего врача _____
 /эмбриолога, подпись _____

МП

Подписи Сторон:

От Заказчика: _____ \

От Исполнителя: Богуславский Д.Э.

(_____)

(_____)

М.п.

М.п.