



<b>Request Form for Pre-Implantation Genetics Screening</b>	<b>Laboratory notes:</b>  Date/Time received _____
<b>Patient Information</b>	
First name _____ Last name _____ HN _____ Hospital _____ Gender _____ Date of Birth _____ (D/M/Y) Age _____ Ethnicity <input type="checkbox"/> Thai <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>Reason for Testing</b>	<b>Fertilization</b>
<input type="checkbox"/> Advanced maternal age <input type="checkbox"/> Recurrent abortion _____ times <input type="checkbox"/> Recurrent failed IVF cycles _____ times <input type="checkbox"/> Routine aneuploidy screening/patient request <input type="checkbox"/> Known familial Chr. Defect _____ <input type="checkbox"/> Others _____	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> IVF+ICSI
<b>Specimen type (Collection Date _____ Time _____)</b>	
<input type="checkbox"/> Blastomere _____ (please indicate the number of embryo biopsied) <input type="checkbox"/> Amplified DNA _____ (please indicate the amplification method used)	
ผู้ประสานงาน คุณวันทนัช ไพโรจน์ โทร 089-201-4132 หรือ ravpa.mahidol@gmail.com นำส่งตัวอย่างที่ ศูนย์จีโนมทางการแพทย์ ชั้น3 ศูนย์บริการทางการแพทย์โรงเรียนเวรดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	
<b>Physician Information</b>	
Physician's name _____ Physician's ID _____ Hospital/Clinic _____ Contact address _____ Phone _____ Email _____	
I herewith confirm the correctness of the above given information. By signing this form, the medical professional acknowledges that the patient authorized to make decisions and the patient has been supplied information regarding and consented to undergo genetics testing	
Signature _____	Date of request _____ (D/M/Y)