



Fecha de la solicitud:	
------------------------	--

CLÍNICA EN LA QUE SE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO:

Nombre de la clínica:	
Dirección completa:	
Email de contacto:	

DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE:

Nombre y apellidos:	
Teléfono de contacto:	
Email de contacto:	

CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA

PAREJA	CARACTERÍSTICAS	RECEPTORA ♀
	Nº de historia	
	Edad	
	Raza	
	Grupo y RH	
	Altura	
	Peso	
	Color de pelo	
	Textura del pelo	
	Color de ojos	
	Color de piel	
País de residencia receptora:		
Fecha de entrega de las muestras:		
Test Cribado Gen:		Código Informe:

NOTA: La donante será seleccionado de acuerdo a las características que más se aproximen a la pareja de la receptora o, en su defecto, a la receptora. Si se desea más un parecido a la receptora, por favor, indicadlo.

Matching genético: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si ha marcado Sí, debe saber que la pareja debe realizarse el estudio genético en Innova Cryobank o en los laboratorios que le indiquemos. El Matching genético tiene coste adicional.
---	---

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA	UNIDADES	TIPO DE CICLO
Ovocitos vitrificados	Lote de 6 <input type="checkbox"/> Lote de 8 <input type="checkbox"/> Lote de 10 <input type="checkbox"/>	Ovodonación