

**Formato de Recolección y Cadena de Custodia** para la Prueba de Tamizaje Cromosómico Preimplantacional (PGT-A).

El médico solicitante del servicio es responsable de registrar en los campos sensibles la información solicitada, imprimir dos copias y firmarlas previo a la recolección de muestras.

### DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE

Fecha de recolección solicitada:	No. de cotización:	No. de muestras:
Clínica o Instituto:	_____	_____
Responsable(s) de las muestras:	_____	
Correo(s) electrónico(s) (Separadas por comas):	_____	
Teléfonos(s) (Separados por comas):	_____	

### DATOS DEL SERVICIO

**Tiempo de entrega de resultados:** 3 días hábiles a partir de lotes de 24 muestras y su aceptación por el laboratorio.

**Entregable:** Reporte digital (\*.PDF)

La(s) persona(s) asignada(s) en este formato es o serán la(s) única(s) facultada(s) para recibir los resultados vía correo electrónico (favor de revisar bien los datos de contacto registrados).

**Condiciones de pago:** las condiciones de pago estarán estipuladas en la cotización correspondiente del servicio. La entrega de resultados estará sujeta a la liquidación total del servicio.

NOTA: De preferencia, para su más rápida entrega de resultados, favor de solicitar la recolección de sus muestras hasta que TODAS se encuentren en las condiciones mencionadas a continuación.

### DATOS DE LA MUESTRA

Para la prueba de **Embriotest Plus™ (ETP)**, las biopsias embrionarias deberán ser resuspendidas en 2.5 ul de buffer salino de fosfatos (PBS 1X) en microtubos de 0.2 ml (baja retención) o bien, en los materiales y reactivos entregados por **Semper Genomics (SG)** en el kit de colecta de muestras.

Cada microtubo debe ser codificado y rotulado con marcador indeleble, registrando el **Número Identificador de la Paciente (NIP)** y número de embrión, cerrarlo perfectamente, y centrifugarlo (de preferencia). A continuación, las muestras (microtubos) deben colocarse en la gradilla (una fila por paciente), y congelarse a -20°C hasta el momento de su recolección por personal de **Semper Genomics**.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE MUESTRAS**

- 1) El código de identificación de las muestras deberá concordar con los datos registrados en el presente documento, de lo contrario se rechazará(n) la(s) muestra(s).
- 2) El personal de laboratorio de SG deberá asegurarse de la presencia física (volumen) de cada muestra, por lo que se recomienda centrifugarlas previo a congelarlas.
- 3) Si la muestra no amplifica, ya sea por falta de material genético, algún inhibidor o biología de la muestra, será excluida de la prueba.

NOTA: En caso de exclusión de alguna o todas las muestras, el cliente será notificado a los correos registrados en este formato.

### **DATOS DE LA PRUEBA**

Factores y limitaciones que afectan la prueba o sus resultados:

- 1) La posibilidad de ausencia de células en la biopsia o el "tubing" (traspaso).
- 2) Degradación de la muestra por almacenamiento o manejo incorrecto de las biopsias (cadena fría).
- 3) La prueba se limita a ser un análisis cualitativo de detección de aneuploidías del genoma embrionario.

### **RESULTADOS ENTREGABLES**

Reportes electrónicos en archivos (\*.PDF) con descripción de metodología y tablas de resultados (aneuploidías) para cada muestra. Los reportes serán enviados por correo electrónico a la(s) dirección(es) registradas en este formato.

NOTA: **Semper Genomics** dará por terminado el servicio y entenderá la conformidad de los resultados, 72 horas posteriores al envío del archivo si no se recibe ninguna notificación por parte del cliente.

### **CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

Los resultados de la prueba serán resguardados bajo estricta confidencialidad y podrán proporcionarse por medio electrónico solamente a las personas asignadas en el presente documento. El resguardo de los datos y reportes será de 90 días naturales a partir del envío de resultados al cliente, posterior a esta fecha serán eliminados del servidor de SG.

## TABLA DE REGISTRO DE MUESTRAS

Cons.	No. identificador de la muestra (NIP) hasta 5 dígitos.	No. embrión	Tipo de tejido (TE, Fondo y CN)	Día de biopsia	Grado de embrión: ex. 5AA	Embriólogo encargado de la biopsia	Trasvase realizado por:	Testigo
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								

Instrucciones de llenado: El médico es el responsable de registrar los datos solicitados en la tabla anterior, escribiendo de manera consecutiva para cada muestra, sin saltar filas y solamente las iniciales de las personas solicitadas en las tres últimas columnas. **TE:** Trofoblasto, **CN:** Control Negatorio.

