

囊胚植入前遗传学诊断移植情况知情同意书

姓名 回传女2 ，年龄 24 岁，第 1 周期。在我院行单精子卵胞浆显微注射-胚胎移植。☐胚胎植入前遗传学诊断 ☐胚胎植入前非整倍体筛查。于 年 月 日阴道B超引导下穿刺取卵，共 枚，其中成熟 枚。

获得 枚正常受精卵， 枚异常受精卵， 枚未受精卵， 枚未存活， 枚异常卵。正常受精可供培养 枚，D5形成囊胚 枚，成功活检 枚，D6形成囊胚 枚，成功活检 枚，级别为 ，共冷冻保存 枚。

月 日可见明显信号 枚，扩增失败 枚，其中异常信号（染色体异常）囊胚 枚，废弃；正常信号（染色体正常或平衡易位）囊胚 枚可供解冻移植。

剩余胚胎及丈夫精子

☐A.经医学方法处理后废弃；

☐B.同意用于科研，一定符合国家相关法律及伦理规定。

其它:☐A.用冻精；☐B.有冻精，已废弃；☐C.无可移植胚胎；☐D.信号未出

本夫妻已仔细阅读并理解上述内容，知情同意上述各项。

签字:丈夫 妻子

胚胎室移植医师:

移植医师签名:

谈话人:

年 月 日