



**L  
I  
S  
T  
A  
D  
O  
D  
E  
V  
E  
R  
I  
F  
I  
C  
A  
C  
I  
O  
N  
D  
E  
R  
E  
Q  
U  
I  
S  
T  
O  
S  
D  
O  
C  
U  
M  
E  
N  
T  
A  
L  
E  
S.**  
**SOLICITUDES DE INFORME DE LA CNRHA PARA AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE PGT**

**Datos identificación de solicitud:** \_\_\_\_\_

| <b>AUTORIDADES SANITARIAS AUTONÓMICAS</b> |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| <b>1.</b>                                 | Solicitud de la Autoridad Sanitaria Autonómica de informe preceptivo                                      | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.</b>                                 | Copia de la autorización de funcionamiento del centro/servicio de RHA, donde figure la oferta asistencial | <input type="checkbox"/> |



**En primera solicitud, actualización anual o si se ha producido una modificación o cambio sustancial**

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 7.  | Copia de la autorización de funcionamiento del laboratorio/servicio de genética, donde figure la oferta asistencial ( <i>sólo si es diferente que el centro/servicio de RHA</i> ) | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Informe experiencia del centro/servicio de RHA  | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Informe experiencia del laboratorio/servicio de genética  | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Procedimiento coordinado de trabajo   | <input type="checkbox"/> |

**Nueva solicitud formulada por un centro o servicio de RHA distinto**

|     |   |                          |
|-----|---|--------------------------|
| 11. | Información sobre el nº de intentos realizados, el nº de embriones obtenidos, razones por las que no haya sido posible su utilización, el nº de embriones crioconservados | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Motivo por el que no se ha realizado la técnica solicitada previamente  | <input type="checkbox"/> |