



**LISTADO DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DOCUMENTALES.
SOLICITUDES DE INFORME DE LA CNRHA PARA AUTORIZACIÓN TÉCNICAS DE PGT**

Datos identificación de solicitud: _____

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

CENTRO O SERVICIO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA		
1.	Solicitud de autorización de ciclo de PGT con nombre completo de pareja y enfermedad/gen	<input type="checkbox"/>
2.	Informe/s médico/s del miembro/s pareja y familiares enfermo/s	<input type="checkbox"/>
3.	Resultados de análisis genéticos	<input type="checkbox"/>
4.	Informe de consejo genético	<input type="checkbox"/>
	▪ Información sobre la enfermedad genética	<input type="checkbox"/>
	▪ Interpretación y valoración individualizada	<input type="checkbox"/>
	▪ Asesoramiento/consejo reproductivo	<input type="checkbox"/>
5.	Informe clínico ginecológico y andrológico	<input type="checkbox"/>
	▪ Edad miembros de la pareja	<input type="checkbox"/>
	▪ Capacidad reproductiva mujer	<input type="checkbox"/>
	▪ Capacidad reproductiva del hombre	<input type="checkbox"/>
6.	Copia de formularios de Consentimiento Informado (CI)*	<input type="checkbox"/>
	▪ Descripción riesgos y limitaciones técnicas empleadas (FIV, biopsia embrionaria, técnicas diagnósticas)	<input type="checkbox"/>
	▪ Identificación de la enfermedad, el gen y la mutación para la que se realizan las técnicas solicitadas	<input type="checkbox"/>
	▪ Probabilidad de obtener embriones sin mutación con técnicas de PGT según evidencia científica	<input type="checkbox"/>
	▪ Probabilidades de éxito del centro/servicio de RHA en función de factores pronósticos individuales	<input type="checkbox"/>
	▪ Información aspectos jurídicos y éticos	<input type="checkbox"/>
	▪ Información posibilidad revocación del CI	<input type="checkbox"/>
	▪ Información garantías de la protección de datos personales	<input type="checkbox"/>
	▪ La pareja elige la opción terapéutica de las técnicas PGT tras conocer riesgos y complicaciones	<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"/>