|  |
| --- |
| 不妊症および不育症を対象とした着床前胚染色体構造異常検査(PGT-SR)  症例別　実施報告書 |
| 日本産科婦人科学会　施設認定番号：  西暦　　　　　　　　年：　　当該年は　　□PGT-SR実施せず　　　□PGT-SR実施あり　　　注1)  今後の見込み： □PGT-SR継続予定　　　□未定　　□PGT-SR終了　　注２） |
| |  | | --- | | 1. 新規同意取得数 　 ( )例 | | 1. 採卵周期数   (実際に採卵した周期のみ記載) 　　( )周期 | | 1. (2)で得られた胚盤胞総数 ( )個 | | 1. 生検胚数 　( )個 | | 1. 検査を実施した胚数 　( )個 | | 1. (5)の検査結果   A判定胚数　　　　　　　　　　　( )個  B判定胚数　　　　　　　　　　　( )個  C判定胚数　　　　　　　　　　　( )個  D判定胚数　　　　　　　　　　　( )個 | | 1. 胚移植周期数　　　　　　　　　　　( )例 | | 1. (7)のうち妊娠症例数　（hCG陽性）   ( )例 | | 1. (7)のうち妊娠症例数　（胎嚢確認あり）   ( )例 | | 1. (7)のうち妊娠症例数　（胎児心拍陽性）   ( )例 | | 1. 流産数　(胎嚢確認後、22週未満)   ( )例 | | 1. 異所性妊娠数　　　　　　　　　　　( )例 | | 1. 分娩数 (22週以降)　　　　　　　( )例 |  * + - (1)～(5)、(7)は当該年に実際に施行した数を記載。   (6)は当該年に検査した胚の検査結果を記載。  (1)～(7)の項目のみを記入して当該年の翌年3月末に提出。  (8)～(13)は当該年に胚移植をした症例の転帰について記載して当該年の翌々年3月末までに最終報告として提出。  □上記の症例について、検査実施に際してPGT-A・SR症例チェックリストを記載して、診療録に保管しています。  本実施報告書の提出に際してはチェックボックスへのチェックをお願いします。 |
| 実施施設　および　担当者  施設名  実施責任者  報告者 |

実施報告書は毎年報告してください（毎年3月末までに提出）。

注1)PGT-SRを実施していない場合でも、提出してください。

注2)今後の見込みが終了と報告された施設は、次年度以降の報告の義務はありません。