

**SCHEDA CONGELAMENTO LIQUIDO SEMINALE**  
MO. 16. OCT. DMI. FIR.

Rev. 03  
del 08/01/2014  
pag 1 di 1

Dipartimento Materno Infantile  
U.O. Fisiopatologia della  
Riproduzione - Rimini

DATA:		<b>ID</b>	
NOME/COGNOME:		Nato il:	
INDIRIZZO:			
TELEFONO:			
STRUTTURA O MEDICO INVIANTE:			
MOTIVO DEL CONGELAMENTO	<input type="checkbox"/> ONCOLOGICO <input type="checkbox"/> PSICOLOGICO <input type="checkbox"/> ALTRO	SPRCIFICARE:	
DATA CONGELAMENTO:			
GIUDIZIO DIAGNOSTICO PER TECNICA FUTURA:	<input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> FIVET <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> ALTRO		
DATA INFETTIVI:	<input type="checkbox"/> Hbs Ag <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> VDRL	_____ - _____ _____ _____	
PROMEMORIA DATA RIPETIZIONE INFETTIVI:	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
PROMEMORIA DATA RIPETIZIONE CONSENSO:	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		
EVENTUALE DATA SCONGELAMENTO:	<input type="checkbox"/> _____		
FIRMA E DATA DEL MEDICO O DEL BIOLOGO CHE REDIGE:			

