

DATI COPPIA

Codice ID F08014P _____ R _____

Nome paziente	Nata il
Nome partner	Nato il
N°ciclo	Tipo infertilità

note:

STIMOLAZIONE

Protocollo di stimolazione

Tipo gonadotropina	Ultimo estradiolo	gg +
UI totali		
N°follicoli (>16)	Ora HCG	gg +
gg +	UI	

PICKUP

Data	Ora	Operatori medico/biologo
ore post HCG		Ovociti prelevati

PULIZIA OVOCITI

Ora	Operatore biologo	N°ovociti denudati
-----	-------------------	--------------------

INSEMINAZIONE

Ora	Operatore biologo
Tecnica	N°ovociti inseminati

RESOCONTO DEL TRATTAMENTO

Ovociti recuperati	Pz da contattare per il congelamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ovociti inseminati..... ICSI FIVET	Pz contattata il: _____	Op _____
Ovociti fertilizzati..... ICSI FIVET	firma _____	
Embrioni trasferiti in D	Si procede al congelamento degli embrioni per:	
Ovociti congelati	_____ evidente rischio materno e/o embrionale dovuto alle	
Embrioni congelati:	condizioni contingentemente critiche sia dal punto di vista	
	anamnestico che da quello oggettivo della madre	
	_____ Iperstimolazione	
	_____ Ridotta riserva ovarica	
	_____ altro	
	OP _____	firma _____

Gravidanza

1° beta HCG _____ **positivo**, in accordo con i valori di riferimento **negativo**, in accordo con i valori di riferimento

2° beta HCG _____ **positivo**, in accordo con i valori di riferimento **negativo**, in accordo con i valori di riferimento

n°BCF _____

Dipartimento Materno Infantile
U.O. FPR

COGNOME PZ _____																	
INCUBATORE n° _____						MINC n° _____											
Codice ID F08014P _____ R _____																	
GIORNO 0 _____			D 1 _____			GIORNI 2-6											
h _____			h _____														
Op _____			Op _____			D2 _____		D3 _____		D5 _____		D5 _____		D6 _____		D6 _____	
			Wit _____							1° oss		2° oss		2° oss		2° oss	
ov	grado	commenti	PN	PB	Early Cleav h_____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____	h _____		
						Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____	Op _____		
						Wit _____	Wit _____	Wit _____	Wit _____	Wt _____	Wt _____	Wit _____	Wt _____	Wit _____	Wt _____		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
NOTE: _____																	

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini	CARTELLA DI LABORATORIO MO. 19 OCT. DMI. FIR.	Rev. 05 del 31/10/2013 pag 3 di 4
		Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR

Codice ID F08014P_____R_____	
PREPARAZIONE SEME	
Nome paziente	Nata il
Nome partner	Nato il

Origine:

- Eiaculato
 Crioconservato
 Biopsia Testicolo DX
 Biopsia Testicolo SX
 Ago aspirato Testicolo DX
 Ago aspirato Testicolo SX
 Urina

Eiaculato/Urina (WHO 2010)				
Data		Operatore biologo		Witness
Ora produzione		Ora trattamento		
Tipo di trattamento				
	Base (1° produz.)	Dopo Trattamento	Base (2° produz.)	Dopo Trattamento
Volume				
Conc (mil/ml)				
RP(RP+DP)%				
NP %				
FN %				

Note:

Crioconservato			
Data congelamento		N°pj congelate	
Ora trattamento		N°pj scongelate	
N°pj residue		Op biologo	
		Base	Dopo Trattamento
Conc (mil/ml)			
RP(RP+DP)%			
NP %			
FN %			

TSE/ag o aspirato			
Data			
Op medico		Op biologo	
		Base	Dopo Trattamento
Conc (mil/ml)			
Motilità			
FN %			
Crioconservazione tesse			
N°pj	Goblet	Banca	Canister

TRASFERIMENTO EMBRIONI

Codice ID F08014P_____R_____			
Nome paziente		Nata il	
Nome partner		Nato il	
Data	Ora	Op medico	Op biologo Wit
Numero di embrioni trasferiti		<input type="text"/>	

	n° Cellule	% Frammenti	Qualità	<input type="checkbox"/> Facile	<input type="checkbox"/> Difficile (_____)
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/> Ecoguidato	<input type="checkbox"/> Ripetuto
3					

Catetere 1

Catetere 2

VITRIFICAZIONE EMBRIONI

Numero di embrioni vitrificati	<input type="text"/>	Checklist: ___ esami in fettivi coppia ___ consenso informato ___ compilazione modulo banche ___ compilazione quaderno laboratorio OP_____ firma_____
--------------------------------	----------------------	--

Data/h	Operatore biologo
N°pj	Lotto Terreni
Goblet	Banca Canister

	n° Cellule	% Frammenti	Qualità		n° Cellule	% Frammenti	Qualità
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

VITRIFICAZIONE OVOCITI

Ora	Operatore biologo	Checklist: ___ esami in fettivi coppia ___ consenso informato ___ compilazione modulo banche ___ compilazione quaderno laboratorio OP_____ firma_____
Lotto terreno:	N°ovociti vitrificati	
N°pj	Banca	
Goblet	Canister	