



Dipartimento Materno Infantile  
U.O. FPR

**SCONGELAMENTO EMBRIONI**

Codice ID F08014P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

Nome paziente	Nata il
---------------	---------

Nome partner	Nato il
--------------	---------

Checklist: OP \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ esami infettivi della paziente firma \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ consenso informato

Spessore endometrio (mm)	gg di Progesterone
--------------------------	--------------------

Data congelamento	Data scongelamento h
-------------------	----------------------

Operatore biologo	Lotto terreni
-------------------	---------------

Numero di embrioni congelati	<input type="text"/>	Numero di embrioni scongelati	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

Numero di embrioni sopravvissuti	<input type="text"/>	Numero di embrioni residui	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

D2	D3	D5	D6
h _____ Op _____	h _____ Op _____	h _____ Op _____	h _____ Op _____
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			

NOTE:

---



---



---



---

Dipartimento Materno Infantile  
U.O. FPR

**TRASFERIMENTO EMBRIONI**

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Op medico \_\_\_\_\_ Op bio logo \_\_\_\_\_

**EMBRIONI TRASFERITI**

	n° Cellule	% Frammenti	D2/D3		D5/D6		Qualità
			n°BL sopravvissuti/TOT	% cell sopravvissute	Tempo riespansione (h)		
1							
2							
3							

Transfer:

Facile       Difficile ( \_\_\_\_\_ )       Ecoguidato  
 Ripetuto

Catetere 1

Catetere 2

**CONGELAMENTO EMBRIONI**

Numero di embrioni vitrificati \_\_\_\_\_

Motivazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data _____ h _____	Operatore biologo _____
ore post inseminazione _____	Lotto Terreni _____
N°pj _____ Goblet _____	Banca _____ Canister _____

	n° Cellule	% Frammenti	Qualità		n° Cellule	% Frammenti	Qualità
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			