

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini</p>	<p>CONTROLLO FERTILIZZAZIONI MO. 26 OCT. DMI. FIR.</p>	<p>Rev. 03 del 19/03/2013 pag 1 di 1</p>
<p>Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR</p>		

Data ___ / ___ / _____

PAZIENTE		Data di nascita	N° ovociti prelevati	Tecnica laboratorio	N° ovociti inseminati	N° ovociti fertilizzati	Biologo	Giorno transfer	Crio ovociti
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

Firma biologo _____