

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

Data _____

	paziente	età	protocollo	n° ciclo/ tot	n° follicoli	estrogeni	tecnica	ora pickup	ora seme	qualità seme
1										
2										
3										
4										
5										
6										
SCONGELAMENTI		DATA CONG		N° embr/ovo	DAY	NOTE				

IUI	TR D2	TR D3	CONTROLLI	TR D5	CRIO

