Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	Scheda accompagnamento al Campione di liquido seminale MO. 46. OCT. DMI. FIR.	Rev 05 Del 29/03/2013 Pag 1 di 1

Compilato da				
☐ I Livello	☐ II Livello	☐ Spermiogramma	Crioconservazione, ☐ PMA ☐ onco/altro	☐ Scong. ovociti

CODICE ID: F08014P R DATA: _ _ / _ _ / _ _ _ _

COGNOME E NOME: _____

NATO IL: _____

COGNOME E NOME: _____

NATA IL _____

INDIRIZZO: _____

TEL _____

GG DI ASTINENZA _____

		ora	operatore	Firma operatore	Firma pz
	controllo dati				
	consegna barattolo				
Produzione in sede	Ora ritiro campione				

Il sottoscritto _____

Documento d'Identità N°_____

Dichiara sotto la propria responsabilità che il campione di liquido seminale consegnato:

il _____ alle ore _____

nelle mani di _____ _____

<u>E' il proprio liquido seminale</u>.

		ora	operatore	Firma operatore	Firma pz
Produzione a domicilio	Ora produzione a domicilio				
	Ora ritiro campione				

	PRE TRATTAMENTO	**POST TRATTAMENTO**
VOLUME (ml)		
N° SPERMATOZOI (mil/ml)		
MOTILITA' RP (RP+DP) (%)		
MOTILITA' NP (%)		
FORME NORMALI (%)		
ALTRO DA SEGNALARE		

1	<u>Trattamento seme</u>	
	Marcare le provette con i dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) e del partner (cognome/nome/data di nascita . Controllare che i dati marcati sulle provette corrispondano ai dati marcati sul barattolo contenente il liquido seminale.	
	Firma:	Firma:
	Nome:	Nome:
	Posizione:	Posizione:
2	<u>Esecuzione inseminazione Intrauterina (IUI)</u> (compilare solo nel caso in cui si esegua questa tecnica)	
	Chiedere alla paziente cognome/nome/data di nascita in presenza di una seconda persona (embriologo/infermiera/medico). Confrontare i dati della paziente con quelli scritti sulla provetta contenente il seme e con quelli scritti sul foglio di accompagnamento. (La paziente non deve rispondere si/no ma deve rispondere in maniera attiva alle domande)	
	Firma:	Firma:
	Nome:	Nome:
	Posizione:	Posizione: