

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	REFERTO CONGELAMENTO LIQUIDO SEMINALE MO. 52. OCT. DMI. FIR.	Rev. 04 del 08/01/2014 pag 1 di 1
Dipartimento Materno Infantile U.O. Fisiopatologia della Riproduzione - Rimini		

Codice coppia F08014P

R

<input type="checkbox"/> PMA	<input type="checkbox"/> onco/altro
------------------------------	-------------------------------------

Paziente:

Nato il

Indirizzo Via

Telefono

Documento

	Prima raccolta	Seconda raccolta	Terza raccolta
	data	data	data
VOLUME (ml)			
N° SPERMATOZOI (mil/ml)			
MOTILITA' RP (RP+DP) (%)			
MOTILITA' NP (%)			
FORME NORMALI (%)			
BANCA			
CANISTER			
GOBLET			
N° PJ			
ALTRO DA SEGNALARE			

Checklist per l'operatore:

- esami infettivi
- firma consenso informato
- compilazione modulo banche (stoccaggio, data esami infettivi, data ultimo consenso)
- compilazione quaderno laboratorio
- se necessario aggiornamento cartella sterilità
- se necessario referto allegato in cartella sterilità
- stampa referto

OP _____ firma _____

Cattolica,

Dott.