

	<b>RESOCONTO CONGELAMENTO TESE</b> MO.56. OCT. DMI. FIR.	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 22/03/2010
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

**Paziente** \_\_\_\_\_

**Nato il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **via** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

**Documento di identità** \_\_\_\_\_

**Inviato da** \_\_\_\_\_

**Motivo del congelamento** \_\_\_\_\_

**Biopsia testicolare** \_\_\_\_\_ **eseguita dal Dott** \_\_\_\_\_

**Dati congelamento:**

**Numero paillettes:** \_\_\_\_\_

**Goblet:** \_\_\_\_\_

**Banca:** \_\_\_\_\_

**Canister:** \_\_\_\_\_

Cattolica, il \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_