

Adı Soyadı : _____
Doğum Tarihi : _____
Dosya No : _____
Tarih : _____
Süre : _____
Siklus Günü : _____
Dr : _____
Embr : _____
İnfertilite Nedeni : _____

Uygulama Sayısı : _____
İndüksiyon : _____
İşlem(IVF-ICSI-MESA-ICSI): _____
TESE-ICSI : _____
HCG enj. E- Düzeyi : _____
Medium : _____
Bazal E- FSH- LH : _____
Uterin Pozisyon : _____
E.M. Kalınlığı : _____
Alınan oosit Sayısı Sağ : _____ Sol _____
TOPLAM : _____

SPERM HAZIRLAMASI

Volum : _____
Direkt Motilite : _____
Direkt Sayısı : _____
Lik Süresi : _____
Progresyon : _____
Aglutinasyon : _____
Morfoloji : _____

TPMSS : _____
Viskozite : _____

EMBRYO TRANSFERİ

Tarih : _____
Saat : _____
Operatör : _____
Tatbik Derinliği : _____
Kateter Tipi : _____
Medium : _____
Embriyo Sayısı : _____
Hücre Evresi : _____

AH : _____
Kan : _____
Mucus : _____
Tenakulum : _____
Anestezi : _____
Süre : _____

