

**INFORME MÍNIMO QUE DEBEN RECIBIR LOS PACIENTES LUEGO DE REALIZAR
UN PROCEDIMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Nombre de la paciente	
Nombre del esposo :	

Médico:	
----------------	--

Tratamiento efectuado	
FIV	
ICSI	
TESE	
OTRO	

Estimulación con:	
CC	
HMG	
uFSH	
r-FSH	

Protocolo
Antagonista
Agonista

Dosis total gonadotr.:

Fecha de la punción: / /

<i>Nº ovocitos recuperados:</i>				
VG:	MI:	MII:	Atresico:	Otro:

Semen	
Fresco	
Congelado	
TESE-PESA	
Donante	

<i>Recuento:</i>				
<i>Mot. Progresiva (A+B):</i>		%		
<i>Separación por:</i>	Swim up:	Gradiente:	Otro:	
<i>Recuento:</i>				
<i>Mot. Progresiva (A+B):</i>		%		

Inseminación:

<i>Nº ovocitos inyectados/inseminados:</i>
<i>Destino de los ovocitos no inseminados:</i>

<i>Fecundación normal:</i>	%
<i>Tasa de clivaje:</i>	%

Clasificación de los embriones a la : 48hs ; 72hs ; hs

<i>Nº de embriones</i>	<i>Cant. De células</i>	<i>Fragmentación</i>	<i>Clasificación*</i>	<i>Destino</i>

*Tipo 4: Excelente; Tipo 3: Muy Bueno; Tipo 2: Bueno; Tipo 1: Regular.

Transferencia

<i>Fecha:</i>	
<i>Medico:</i>	

<i>Control ecoográfico:</i>	
<i>Nº embriones transferidos:</i>	
<i>Cateter utilizado:</i>	

<i>Dificultad:</i>	
--------------------	--

Destino de los embriones no transferidos

<i>Congelacion</i>	
<i>Cultivo</i>	
<i>Otro</i>	

Criopreservación

<i>Nº embriones criopreservados:</i>	
--------------------------------------	--

<i>Pajuelas:</i>	
------------------	--

OBSERVACIONES:

Acompañar fotos
