

"ΕΚΘΕΣΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ IVF Ή ICSI"

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	
ΗΛΙΚΙΑ	
ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ/ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	
ΚΕΝΤΡΟ	
ΜΕΘΟΔΟΣ	IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/>
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΩΛΗΨΙΑΣ	
ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΩΝ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΣΥΝΟΛΙΚΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΣΥΛΛΕΧΘΗΣΑΝ*	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΡΥΩΝ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΡΥΩΝ ΠΟΥ ΜΕΤΑΦΕΡΘΗΚΑΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ*	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΡΥΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΨΥΧΘΗΚΑΝ**	
ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	

*Σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθμ. 47 Υ.Α. (ΦΕΚ 2589/Β' /29-09-2014): «Καθορισμός του ακριβούς αριθμού γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται σε επί μερους ομάδες υποβοηθούμενων προσώπων, ανάλογα με την ηλικία αυτών και τις ιατρικές ενδείξεις σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1 και 20 παρ. 1 εδ. 1 γ του Ν. 3305/2005».

**Η παραπομπή στην Επιτροπή για κρυοσυντήρηση ωαρίων και εμβρύων προβλέπεται σε ειδικές μόνο περιπτώσεις, βάση της υπ' αριθμ. οικ. 13820 / 12-04-2013 εγκυκλίου του Οργανισμού.

**Ο Θεράπων Ιατρός του Κέντρου:
(Υπογραφή και Σφραγίδα Ιατρού-Ημερομηνία)**