

LA
BANCA
DA DOVE
INIZIA
TUTTO

RICHIESTA DI CESSIONE DI SEME CONGELATO DI DONATORI CON FINI REPRODUTTIVI

Data: Giorno Mese Anno

CLINICA/CENTRO IN CUI SI REALIZZERÀ IL TRATTAMENTO

Nome:
Indirizzo:
E-mail:

DATI DEL MEDICO O BIOLOGO RESPONSABILE

Nome e cognome:
Telefono di contatto:
E-mail:

DATI DELLA RECETRICE

Codice identificativo del paziente:
Età della ricevente:
Razza della ricevente:
Gruppo sanguigno ricevente:
RH ricevente:
Colore pelle della ricevente:
Colore capelli della ricevente:
Tipo di capelli della ricevente:
Colore occhi della ricevente:
Altezza ricevente:
Peso ricevente:
Antecedenti ostetrici:

DATI DELLA COPPIA (SI HA)

Età del partner:
Razza del partner:
Gruppo sanguigno partner:
RH del partner:
Colore pelle del partner:
Colore capelli del partner:
Tipo di capelli del partner:
Colore occhi del partner:
Altezza del partner:
Peso partner:

Numero di pailletes di seme per questa coppia:

Matching genetico: Si No Se ha selezionato il SI, deve sapere che la coppia dovrà realizzare lo studio genetico nella Clinica Ginemed o nei laboratori che le indicheremo. Il matching genetico ha un costo aggiuntivo.

Commenti (Caratteristiche speciali/tecnica di vitrificazione speciale):

Trasporto a carico della banca di ovuli di Ginemed: Si No

Tipo di trattamento: