

Indikace k léčbě metodami asistované reprodukce

| | |
|---|-------------------|
| Pacientka: | Partner: |
| Příjmení a jméno: | Příjmení a jméno: |
| Č. pojištěnce: | Č. pojištěnce: |
| Pojišťovna: | Pojišťovna: |
| <input type="checkbox"/> samoplátce IVF | |

Diagnóza ženy:

Diagnóza muže:

Popis indikace:

Typ cyklu:

- naturální cyklus IVF
- stimulovaný cyklus IVF
- kryoembryotransfer (KET)

- kryokonzervace oocytů – na vlastní žádost
- kryokonzervace oocytů – z onko. indikace
- darování oocytů

Typ stimulace:

Další výkony:

- TESE/MESA
- dárcovské spermie
- dárcovské oocyty
- preimplantační diagnostika (PGT)
- Upřesnění:
- ICSI
- čip pro výběr spermií
- prodloužená kultivace
- kryokonzervace embryí
- jiné:

Plánovaný termín OPU:

Poznámky:

Indikující lékař CRM GPK:

Datum:

Převzal/a (CRG):