****

**MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO MICROMANIPOLAZIONE ROMA 14-15 NOVEMBRE 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | |
| DATA DI NASCITA: | |
| TELEFONO: | |
| CLINICA/OSPEDALE: | |
| INDIRIZZO: | |
| CITTÀ: | |
| ANNI DI ESPERIENZA IN UN LABORATORIO DI EMBRIOLOGIA : | |
|  | |
| NUMERO DI PROCEDURE EFFETTUATE IN UN ANNO | |
| **PROCEDURE** | **1 ANNO** |
| Analisi del liquido seminale |  |
| Preparazione del liquido seminale |  |
| Pick up ovocitario |  |
| ICSI |  |
| Valutazione della fecondazione |  |
| Valutazione della morfologia embrionale |  |
| Transfer embrionale |  |
| Crioconservazione del liquido seminale |  |
| Vitrificazione di ovociti/embrioni |  |
| Scongelamento di ovociti/embrioni |  |
| Data …………………..  Firma …………………………………………… |  |