****

**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 ……………………………………………  |  |