

APPENDICE CAPITOLO 1

Allegato 1

RAPPORTO AUDIT INTERNO

Data della verifica.....

GRUPPO DI VERIFICA ISPETTIVA

Responsabile della verifica ispettiva:.....

Aree sottoposte ad audit:.....

UNITÀ OPERATIVA:.....

PERSONALE CONTATTATO:.....

Riunione di Apertura.....

Riunione di chiusura.....

Risultati e considerazioni sulla verifica.....

Allegato 2

NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

IDENTIFICAZIONE

Descrizione delle non conformità.....

Chi ha rilevato la conformità

Firma

SOLUZIONE DA ADOTTARE

.....

Data..... firma.....

VERIFICA SOLUZIONE ADOTTATA

Esito del controllo

Se l'esito è negativo attivare una nuova non conformità

Data..... firma.....

Allegato 3

RAPPORTO DI AZIONE CORRETTIVA E PREVENTIVA

DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE

AZIONE CORRETTIVA

Richiesta di azione correttiva a seguito:

- Non conformità rilevate in fase di audit
- Riesame del SGQ
- Suggerimento da parte del personale

AZIONE PREVENTIVA

Richiesta di azione preventiva a seguito:

- Osservazioni in fase di audit
- Riesame del SGQ
- Analisi degli indicatori di qualità
- Suggerimento da parte del

Descrizione della non conformità rilevata:

ZONA DA COMPILARE A CURA DEI RESPONSABILI DELLA VALUTAZIONE

- Si ritiene valida la proposta di azione
- Non si ritiene valida la proposta di azione

AZIONI DA INTRAPRENDERE

ZONA DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DELLA VERIFICA

Esito della verifica: Positivo Negativo

Se l'esito è negativo, attivare una nuova azione correttiva/preventiva

Data.....

firma.....

Allegato 4

VERBALE RIESAME DEL SISTEMA QUALITA'

Data:

PARTECIPANTI:

N.	Titolo	Data Documento
1	Analisi non conformità	
2	Analisi obiettivi pianificati	
3	Analisi indicatori di processo	
4	Azioni intraprese a seguito degli audit interni	
5	Stato e risultato sviluppo e mantenimento competenze	
6	Stato e adeguatezze delle risorse	
7	Azioni correttive e preventive	
8	Piano sviluppo competenze	

Allegato 5

SCHEDA VALUTAZIONE INDIVIDUALE					
LABORATORIO DI EMBRIOLOGIA	VERIFICA PERIODICA		Dott.....		
TECNICA	N° minimo richiesto	N° eseguiti	Parametri di riferimento	Valori /data	Firma
TRATTAMENTO SEME					
PICK UP OVOCITI					
VALUTAZIONE ZIGOTI					
INSEMINAZIONE FIVET					
PULIZIA IALURONIDASE					
ICSI					
CONTROLLO FERTILIZZAZIONE (CONSECUTIVI)					
VALUTAZIONE EMBRIONI (CONSECUTIVI)					
TRANSFER EMBRIONI					
VITRIFICAZIONE OVOCITI					
SCONGELAMENTO OVOCITI					
VITRIFICAZIONE EMBRIONI					
SCONGELAMENTO EMBRIONI					
VITRIFICAZIONE BLASTOCITI					
SCONGELAMENTO BLASTOCISTI					

Allegato 6

FORMATO DI SCRITTURA DELLA PROCEDURA

NOME CENTRO PMA E LOCO	TIPO DI DOCUMENTO	APPROVATO DA:	CODIFICA...
EMISSIONE: REVISIONE:	TITOLO		PAGINA XXX DI YYY

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. ATTORI
4. MODALITÀ OPERATIVA: IL TESTO DEVE ELENCARE DETTAGLIATAMENTE LA SEQUENZA DI TUTTE LE AZIONI NECESSARIE PER SVOLGERE QUELLA PARTICOLARE ATTIVITÀ, PRECEDENTEMENTE SCHEMATIZZATA IN UN DIAGRAMMA DI FLUSSO
5. MATERIALE RICHIESTO
6. STRUMENTAZIONE RICHIESTA
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO
8. INDICATORI
7. RIFERIMENTI /DOCUMENTI CORRELATI: IDENTIFICARE QUALSIASI STANDARD O SPECIFICA CUI LA PROCEDURA FA RIFERIMENTO

REVISIONE N.	FIRMA RESPONSABILE	DESCRIZIONE DELLA MODIFICA	DATA

REDATTO.....VERIFICATO..... APPROVATO.....

FIRMA..... FIRMA..... FIRMA.....

DATA..... DATA..... DATA.....

Allegato 7

ELENCO DOCUMENTI

Titolo	Codifica	Revisione	Archiviazione	Accesso	Responsabile archiviazione
Manuale Qualità					
Procedure operative e Istruzioni operative					
Moduli					
Archivio verbali					
Cartelle cliniche					
Posta in uscita					
Posta in entrata					
Referti Laboratorio					
Deleghe					
Istruzioni per esami coppia PMA					
Consenso informato					

APPENDICE CAPITOLO 5

		<i>Elenco e piano manutenzioni e tarature apparecchiature</i>												
Nr. Inventario	Descrizione	Freq M/T	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
1	INCUBATORI	M	X						X					
		T	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	MICROSCOPI	M	X						X					
3	CAPPE A FLUSSO LAMINARE	M/T	X						X					
4	PIANI RISCALDATI	M	X											
		T	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	MICROMANIPOLATORI	M	X						X					
6	FRIGORIFERI	M/T	X											
7	CENTRIFUGHE	M	X											
8	PIPETTATORI	M	X											
9	TERMOMETRI	M/T	X											
10	RILEVATORI CO ₂ /O ₂	M/T	X											
11	CONTENITORI CRIOGENICI	M	X											

M= manutenzione (PROGRAMMATA)
T= taratura

Data _____

Firma DT _____

SCHEDA APPARECCHIATURA

Descrizione:	N. Inventario:
--------------	----------------

Modello:	Costruttore / Fornitore:	Nr. Serie:
Data Immatricolazione:	Data ricevimento e collaudo:	Ubicazione e nome operatori autorizzati:
Modalità d'acquisizione:	Frequenza dei controlli:	Modalità di Custodia:
Referenza assistenza tecnica:		
☐ Contratto		☐ A chiamata
Tel:	Fax:	
E-mail:		

Strumenti di supporto

N. inventario	Descrizione	N. di serie	Ubicazione	Manutenzione / Tarature

STRUMENTO DI MISURA:

Frequenza di taratura:	Modalità o procedura di taratura:	Campione di riferimento:
Campo di misura:	Intervallo di esercizio:	Accettabilità errore:

STRUMENTO DI MISURA:

Frequenza di taratura:	Modalità o procedura di taratura:	Campione di riferimento:
Campo di misura:	Intervallo di esercizio:	Accettabilità errore:

Data _____

Firma Compilatore _____

**SCHEDA
MANUTENZIONE**

Attività ed Esito dei Controlli (N. Inventario _____)

[illegible]

REPORT DI TARATURA

Descrizione Strumento di misura:	N. Inventario:	N. Serie:
	Ubicazione:	
Modello:	Costruttore:	Campione di riferimento:
Campo di Misura:	Intervallo di esercizio:	Accettabilità errore:

Attività di taratura

[illegible]

Note

APPENDICE CAPITOLO 8

Movimentazione e trasporto di gameti ed embrioni tra Centri

MODULISTICA CONSIGLIATA

N. 1) RICHIESTA DI MOVIMENTAZIONE DI CELLULE RIPRODUTTIVE

Il/La/I sottoscritto/a/i

Cognome Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Documento identità _____

Recapito telefonico _____

DICHIARO/DICHIARANO

Di aver accettato in data _____, di crioconservare presso questo centro PMA, il seguente materiale biologico:

- LIQUIDO SEMINALE
- PRELIEVO O TESSUTO TESTICOLARE
- OVOCITI
- ZIGOTI
- EMBRIONI
- BLASTOCISTI

DICHIARO/DICHIARANO

Inoltre, di voler ritirare per trasferire presso il Centro N. _____ di dispositivi di crioconservazione per un totale di N. _____ ovociti/zigoti/embrioni/blastocisti/spermatozoi (concentrazione espressa in 106/ml) e di essere a conoscenza che il numero di dispositivi residui presso questo centro è di

N. _____ per un totale di N. _____ ovociti/zigoti/embrioni/blastocisti/spermatozoi (concentrazione espressa in 106/ml).

Data _____

Firme leggibili per accettazione:

Firma di Lei _____

Firma di Lui _____

Firma operatore del centro _____

N. 2) FAX O MAIL DI RICHIESTA DI MOVIMENTAZIONE DI MATERIALE BIOLOGICO CRIOCONSERVATO

SU CARTA INTESTATA

Gent.mo Responsabile del centro PMA Certificato -----

Dott. -----

A nome della coppia : Sig. ra ----- nata il ----- a -----

Sig. ----- nato il ----- a -----

Il centro PMA -----

SI RICHIEDE

che il materiale biologico (spermatozoi, ovociti, gameti) stoccato presso il vostro Centro appartenente alla suddetta coppia venga trasportato presso il nostro Centro per il successivo utilizzo.

Si dichiara inoltre, che il Trasportatore del materiale sarà:

Sig./Sig.ra ----- nato/a ----- il ----- a -----

Oppure CORRIERE AUTORIZZATO -----

In attesa di accordi,
distinti saluti

Il responsabile del Centro

Dott.

4) NOTIZIE TECNICHE (4A, 4B, 4C)

N. 4A) NOTIZIE TECNICHE RELATIVE AGLI SPERMATOZOI CRIOCONSERVATI

- Data crioconservazione
- CODICE IDENTIFICATIVO
- N. paillettes restituite contrassegnate dal nome:
- N. spermatozoi x106/paillette, % motilità totale, % motilità rapida, % forme normali
- Provenienza (eiaculato, testicolare)
- Tecnica di crioconservazione:
- Crioprotettore utilizzato, ditta, numero di lotto e data di scadenza
- Firma operatore
- Data

N. 4B) NOTIZIE TECNICHE RELATIVE AGLI OVOCITI CRIOCONSERVATI

- Data crioconservazione
- CODICE IDENTIFICATIVO
- N. paillettes restituite contrassegnate dal nome:
- N. ovociti crioconservati loro suddivisione nei dispositivi di stoccaggio:
- Stadio di maturità degli ovociti:
- Tecnica di crioconservazione:
- Tipo e Molarità crioprotettori utilizzati:
- Ditta, lotto, data di scadenza delle soluzioni di crioconservazione utilizzate
- Firma operatore
- Data

N. 4C) NOTIZIE TECNICHE RELATIVE AGLI EMBRIONI CRIOCONSERVATI

- Data crioconservazione
- CODICE IDENTIFICATIVO
- N. paillettes restituite contrassegnate dal nome:
- N. embrioni crioconservati e loro suddivisione nei dispositivi di stoccaggio:
- Stadio di sviluppo embrionale:
- Tecnica di crioconservazione:
- Tipo e Molarità crioprotettori utilizzati:
- Ditta, lotto, data di scadenza delle soluzioni di crioconservazione utilizzate
- Firma operatore
- Data

N.7) ACCORDO PER IL MANTENIMENTO DELLE CONDIZIONI DI TRASPORTO RICHIESTE

Il sottoscritto
nato a.....Prov.il.....

tipo di documento.....N.....rilasciato il.....
dal Comune di.....

dichiara di aver ricevuto spiegazioni esaurienti, di aver letto e compreso il documento informativo.

Con la presente si impegna a rispettare le prescrizioni per il trasporto sicuro del seguente materiale biologico:

- SPERMATOZOI.....numero dispositivi:.....
- OVULI.....numero dispositivi:.....
- ZIGOTI.....numero dispositivi:.....
- EMBRIONI.....numero dispositivi:.....

Appartenenti a:.....

Dry shipper:

peso vuoto e dopo completo assorbimento di LN2 o dichiarazione di corretto riempimento del contenitore (se non è possibile fare la doppia pesata)

Firma per presa visione dell'informativa

Firma per presa in carico

Data

A CARICO DEL CENTRO

Il materiale viene consegnato alle ore:..... del giorno.....

Il materiale deve giungere presso il centro.....

entro le ore del giorno.....

Firma operatore del Centro PMA _____

N. 8) ETICHETTA DI TRASPORTO

NO PER DRY SHIPPER

MITTENTE:

Centro PMA: Indirizzo completo

Referente Dott.

Tel. N.

DESTINATARIO:

Centro PMA: Indirizzo completo

Referente Dott.

Tel. N.

CONTENUTO: PRODOTTI BIOLOGICI

AZOTO REFRIGERATO -196°C

RISCHIO BIOLOGICO (se il materiale è infetto vedi etichette materie infettive)

MANIPOLARE CON CAUTELA – NON IRRADIARE

CONSERVARE AL FRESCO (< 20°C) IN POSIZIONE VERTICALE

ETICHETTE PER MATERIALE INFETTO:

N. 9) FAX RICEZIONE MATERIALE

Il sottoscritto _____
Operatore del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita

Dichiara di ricevere in consegna dal Centro PMA _____
come richiesto il seguente materiale biologico arrivato a destina-
zione in data: ____/____/____ alle ore ____

- SPERMATOZOI.....numero dispositivi: ____
- OVULI.....numero dispositivi: ____
- ZIGOTI.....numero dispositivi: ____
- EMBRIONI.....numero dispositivi: ____

Appartenenti a:
.....

Dichiara inoltre di aver accertato che le condizioni indicate per il
trasporto sono state rispettate.

In caso di dry shipper è raccomandabile eseguire la verifica del
peso all'arrivo.

In Fede _____

Data _____

N 10.

CHECK LIST CONSEGNA MATERIALE

- verificare l'identità del Trasportatore, informarlo adeguatamente e fargli sottoscrivere l' informativa
- condizioni richieste durante il trasporto
- controllare la dichiarazione di idoneità all'utilizzo clinico (consensi, esami infettivologici)
- controllare le informazioni tecniche sul materiale
- verificare la rintracciabilità dei campioni e la corretta e chiara identificazione dei dispositivi di stoccaggio (nome, cognome, codice identificativo, provenienza)
- verificare la rintracciabilità dei materiali utilizzati (ditta, lotto, data scadenza)
- allestire il contenitore criobiologico a seconda delle sue caratteristiche (dry shipper peso vuoto e dopo completo riempimento)
- compilare l'etichetta e la documentazione di viaggio,
- preparare il fax che verrà completato dal Centro ricevente al momento del ricevimento del materiale a completamento della procedura
- stabilire l'ora di partenza e definire l'orario di arrivo in modo che questi siano compatibili con la sicurezza del contenitore criobiologico di trasporto utilizzato ed indicarli sul fax di ricezione del materiale
- inserire i campioni nel contenitore criobiologico da trasporto
- consegnare il contenitore criobiologico al Trasportatore

N.11

CHECK LIST RICEZIONE MATERIALE

- controllare lo stato del contenitore criobiologico e quello del materiale (peso, livello di azoto liquido, campioni a temperatura criogenica)
- controllare l'orario di partenza e di arrivo in modo da verificare che la durata del viaggio sia stata compatibile alle caratteristiche del contenitore criobiologico di trasporto utilizzato
- controllare la corretta identificazione dei campioni senza manomettere l'identificazione originale
- controllare la presenza e completezza dei documenti di viaggio
- stoccare il materiale nei contenitori di lunga permanenza
- registrare l'acquisizione del materiale nei propri archivi e fornire loro una identificazione
- compilare ed inviare il fax di ricezione del materiale al centro di provenienza.

APPENDICE CAPITOLO 10

Allegato 1 Indicatori di performance

	indicatori	Periodo di riferimento	Valori assoluti	Valore percentuale	Valore di riferimento	Fonte del valore di riferimento
Prelievo di ovociti	% ovociti recuperati / n° follicoli con diametro superiore a 16mm					
Stimolazione ovarica	% ovociti maturi (MI) / n° ovociti recuperati					
Inseminazione (FIVET/CSI) e Fertilizzazione	% 2PN / ovociti inseminati					
	% 3PN/ ovociti inseminati					
	% degenerati / ovociti inseminati					
Manipolazione Gameti	% spermatozoi mobili recuperati / spermatozoi mobili totali					
Sviluppo embrionale	% embrioni arrestati /2PN					
	% embrioni top quality in D3 /2PN					
	% blastocisti/2PN					
Criopreservazione	% coppie che hanno congelato embrioni/coppie totali					
Scongelo	Ovociti:					
	% ovociti sopravvissuti allo scongelamento/ovociti scongelati				75% congelamento lento 85% vitrificazione (95 % per donatrici età <30 anni)	
	% ovociti fertilizzati 2PN/ovociti sopravvissuti				Non più bassa del 10% se comparata con quella degli ovociti a fresco all'interno del centro	
	% di embrioni divisi correttamente/2PN				La stessa degli ovociti inseminati da ovociti a fresco all'interno del centro	
	% di impianto/embrioni trasferiti				Non più bassa del 10-30% della % di impianto misurata sulla popolazione di embrioni a fresco all'interno del centro	
Embrioni	Embrioni cleavage stage:					
	% di embrioni con più della metà dei blastomeri sopravvissuti allo scongelamento/embrioni scongelati				Congelamento lento: 85% Vitrificazione: 95%	
	% di embrioni con la totalità dei blastomeri intatti dopo lo scongelamento/embrioni scongelati				Congelamento lento: 55% Vitrificazione: 85%	
	% di embrioni che continua le divisioni cellulari dopo la cultura overnight/embrioni sopravvissuti allo scongelamento				La stessa della popolazione di embrioni a fresco all'interno del centro	
	% di impianto /embrioni trasferiti				La stessa della popolazione di embrioni a fresco all'interno del centro	

	Blastocisti:					
	% di embrioni che sopravvivono allo scongelamento/blastocisti scongelate				Freezing: 85% Vitrification: 95%	
	% di impianto /blastocisti trasferite				La stessa della popolazione di blastocisti a fresco all'interno del centro	
Transfer	% transfer con embrioni top quality/tot embryo trasfer					
	% transfer in cui rimangono embrioni nel catetere/tot procedure					
Gravidanza	% gravidanze (beta-HCG +)/ET					
	% gravidanze cliniche/ET					
	% aborti/gravidanze cliniche					
	% gravidanze multiple/gravidanze cliniche					
	% gravidanze Extrauterine gravidanze cliniche					
	% Malformazioni neonatali/tot nati					

Allegato 2 Esempi di Checklist

CHECKLIST CONTROLLO ESECUZIONE PIASTRE E TERRENI PER IL GIORNO SUCCESSIVO		
PIASTRE PER IL GIORNO		
	DATA/ORA	Sigla operatore e firma
Piastre pickup		
Piastre hyaluronidase pulizia ovociti		
Piastre post pulizia		
Piastre post ICSI		
Piastre post controllo fertilizzazioni		
Piastre transfer		
Piastre controllo in D3		
Piastre FIVET		
TERRENI PER IL GIORNO		
	DATA/ORA	Sigla operatore e firma
ELENCO TERRENI		
PREPARAZIONE HYALURONIDASE		
PREPARAZIONE GRADIENTI PER TRATTAMENTO LIQUIDO SEMINALE		

CHECKLIST PROCEDURA CRIOPRESERVAZIONE GAMETI/EMBRIONI		
Da allegare alla cartella di laboratorio nella sezione del congelamento gameti ed embrioni		
	Esito	Sigla Operatore e firma
Esami infettivi coppia firmati e vidimati da un medico	☐ SI ☐ NO	
Presenza consenso informato firmato da medico e paziente	☐ SI ☐ NO	
Compilazione modulo banche da parte di un embriologo	☐ SI ☐ NO	
Compilazione quaderno congelamenti da parte di un embriologo	☐ SI ☐ NO	
Aggiornamento software di archivio congelamenti	☐ SI ☐ NO	

CHECKLIST PROCEDURA MONITORAGGIO STRUMENTI		
Da allegare al modulo corrispondente di controllo strumenti dove saranno annotati i parametri rilevati		
	Esito	Sigla Operatore e firma
Controllo CO ₂ , umidità e temperatura incubatori tradizionali	☐ SI ☐ NO	
Controllo flusso gas e temperatura minincubatori	☐ SI ☐ NO	
Controllo temperatura frigorifero/freezer	☐ SI ☐ NO	
Controllo temperatura dei vari ripiani riscaldati (cappa, piastre...)	☐ SI ☐ NO	
Controllo accensione cappe	☐ SI ☐ NO	
Controllo temperatura termostato	☐ SI ☐ NO	

WITNESS CARTELLA DI LABORATORIO	
Da allegare alla cartella di laboratorio e firmare in ogni sua parte	
COGNOME	NOME PARTNER FEMMINILE
COGNOME NOME PARTNER MASCHILE	
ID COPPIA	
Prelievo ovocitario	a) Chiedere alla paziente cognome/nome/data di nascita in presenza di una seconda persona (embriologo/infermiera/medico). Confronta i dati della paziente con quelli scritti sul foglio di laboratorio. (La paziente non deve rispondere sì/no ma deve rispondere in maniera attiva alle domande)
	Primo operatore witness
	Firma Mario Rossi Firma Paola Bianchi
	Sigla MR Sigla PB
	Posizione Senior Embryologist Posizione infermiera
	b) Controllare che i dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) marcati sulla piastra corrispondano con quelli del foglio di laboratorio
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
Preparazione liquido seminale	Marcare le provette con i dati della coppia (cognome/nome/data di nascita). Controllare che i dati marcati sulle provette corrispondano ai dati marcati sul barattolo contenente il liquido seminale. Evitare di avere sul ripiano di lavoro più di un barattolo di liquido seminale.
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
Decumulazione ovociti	Controllare che ci sia corrispondenza tra i dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) presenti sulla piastra del prelievo ovocitario e la piastra contenente gli ovociti denudati
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
ICSI/FIVET	Controllare che sulla provetta del liquido seminale e sulla piastra con gli ovociti da inseminare ci siano marcati gli stessi dati (cognome/nome/data di nascita)
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
Passaggio ovociti inseminati in piastra post inseminazione (ICSI) o di semina (FIVET)	controllare che sulla piastra dove vengono trasferiti gli ovociti inseminati vengano marcati gli stessi dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) presenti sulla piastra di inseminazione
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
Fert-check	Controllare che sulla piastra dove verranno trasferiti gli ovociti fertilizzati siano marcati gli stessi dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) presenti sulla piastra post inseminazione
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione
Passaggio embrioni nella piastra controllo in D3	Controllare che sulla piastra dove verranno trasferiti gli embrioni siano marcati gli stessi dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) presenti sulla piastra che conteneva gli embrioni in D3
	Primo operatore witness
	Firma Firma
	Sigla Sigla
	posizione posizione

Trasferimento embrioni	a) Controllare che sulla piastra per il trasferimento siano marcati gli stessi dati della paziente (cognome/nome/data di nascita) presenti sulla piastra che conteneva gli embrioni		
	Primo operatore	witness	
	Firma	Firma	
	Sigla	Sigla	
	posizione	posizione	
	b) Chiedere alla paziente cognome/nome/data di nascita in presenza di una seconda persona (embriologo/infermiera/medico) al momento dell'entrata in sala operatoria. Confronta i dati della paziente con quelli scritti sul foglio di laboratorio. (La paziente non deve rispondere sì/no ma deve rispondere in maniera attiva alle domande)		
	Primo operatore	witness	
	Firma	Firma	
	Sigla	Sigla	
	posizione	posizione	
	c) ottenere una ulteriore conferma della corrispondenza chiedendo nuovamente alla paziente di ripetere cognome e nome prima di caricare il catetere) e controllare nuovamente la corrispondenza con la piastra e la cartella di laboratorio		
	Primo operatore	witness	
Firma	Firma		
Sigla	Sigla		
posizione	posizione		
Criopreservazione ovociti	a) Verificare che i dati marcati sulle paillettes corrispondano a quelli presenti sulla piastra contenente gli ovociti		
	Primo operatore	witness	
	Firma	Firma	
	Sigla	Sigla	
	posizione	posizione	
	b) Verificare lo stoccaggio del materiale congelato, compilazione modulo banca e quaderno congelamento ovociti		
	Primo operatore	witness	
	Firma	Firma	
	Sigla	Sigla	
	posizione	posizione	
	Criopreservazione embrioni	a) Verificare che i dati marcati sulle paillettes corrispondano a quelli presenti sulla piastra contenente gli embrioni	
		Primo operatore	witness
Firma		Firma	
Sigla		Sigla	
posizione		posizione	
b) Verificare lo stoccaggio del materiale congelato, compilazione modulo banca e quaderno di congelamento embrioni			
Primo operatore		witness	
Firma		Firma	
Sigla		Sigla	
posizione		posizione	