**MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO MICROMANIPOLAZIONE**

**SALERNO 21-22 FEBBRAIO 2025**

|  |
| --- |
| NOME: |
| DATA DI NASCITA: |
| TELEFONO: |
| CLINICA/OSPEDALE: |
| INDIRIZZO: |
| CITTÀ: |
| ANNI DI ESPERIENZA IN UN LABORATORIO DI EMBRIOLOGIA: |
|  |
| NUMERO DI PROCEDURE EFFETTUATE NELL’ULTIMO ANNO |
| **PROCEDURE** | **N°** |
| 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 ……………………………………………  |  |