

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

DATOS DE LA BENEFICIARIA

Apellido y Nombre Tipo y N° de DNI Fecha de nacimiento Edad

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellido y Nombre Tipo y N° de DNI Fecha de nacimiento Edad

Fecha de procedimiento

COMPLETAR SEGÚN CORRESPONDA

Cancelación por riesgo de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación	No		Sí	
Ciclo sin desarrollo folicular / Punción sin recuperación de ovocitos	No		Sí	

Transferencia de embriones	No		Sí		Cantidad	
Se obtuvieron ovocitos pero no pudieron ser fertilizados						
Se fertilizaron ovocitos pero no evolucionaron a embrión						
Se logró embrión/es pero no viables						
Abandono por decisión del paciente						

Criopreservación de ovocitos/embriones	No		Sí		Cantidad	
Embarazo	No		Sí			

Observaciones

Fecha

Firma y sello del médico tratante

Nacimiento	No		Sí		Cantidad	
------------	----	--	----	--	----------	--

	Nacimiento 1	Nacimiento 2	Nacimiento 3
Edad gestacional			
Peso nacimiento			
Internación Neonatal (UTI).			

Complicaciones en la madre y/o en el niño/a. No Sí ¿Adjunta informe? No Sí

Fecha

Firma y sello del médico tratante / obstetra

Observaciones: Tachaduras, enmiendas, cambios de tinta, deberán estar salvados con firma y sello del médico tratante (no al dorso).