|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZĘŚĆ 1 | Wypełnia podmiot leczniczy pozyskujący materiał biologiczny | |
| *Pieczęć podmiotu leczniczego*  *Miejsce na etykietę z numerem próbki* | | **Dane pacjentki:**  Imię ……………………………………………………….  Nazwisko ……………………………………………………….  Pesel ……………………………………………………….  **Pobranie materiału biologicznego:**  Data i godzina punkcji ……………………………………………  …………………………………….. *Podpis pracownika kliniki* |
| Przyczyna niepłodności:  Kod ICD  Endometrioza □ ……  Zespół policystycznych jajników □ ……  Przyczyna idiopatyczna □ ……  Czynnik męski □ ……  Inna (jaka?) ………………………… □ …… | | **Przyjmowane leki:**  ……………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………….  ……………………………………..  *Podpis lekarza* |
| CZĘŚĆ 2 | **Wypełnia strona przekazująca, transportująca i odbierająca** | |
| NADAWCA:  Ośrodek Medycznie Wspomaganej Prokreacji Gameta  Podzamcze 45  26-060 Chęciny  ODBIORCA:  Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne  Podzamcze 45  26-060 Chęciny | | Data i godzina przekazania próbki ………………………..........  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Podpis pracownika kliniki*  Data i godzina odbioru próbki ………………………..........  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Podpis pracownika RCN-T transportującego*  Data i godzina odbioru próbki ………………………..........  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Podpis pracownika RCN-T* |
| CZĘŚĆ 3 | **Wypełnia pracownik RCN-T** | |
| Nr dzienny FF ……………………… Nr zestawu FF ………………………  Ocena elementów zestawu transportowego:  Tak Nie  □ □ Prawidłowo wypełniona część 1 i 2 niniejszego druku  □ □ Poprawnie wypełniony druk *14D-3 Świadoma zgoda pacjentki na udział w projekcie FF*  □ □ Prawidłowo wypełniony druk *14D-4 Ankieta dla pacjentki uczestniczącej w projekcie FF*  □ □ Prawidłowa temperatura przechowywania i transportu zestawu zgodna z *IN-PS-14-03*  □ □ Próbka płynu pęcherzykowego  □ □ Próbka krwi obwodowej  □ □ Poprawnie wypełnione etykiety    Objętość przyjętej próbki płynu pęcherzykowego (ml) …………………  Uwagi:  ……………………………………..…………………………………….……………………………………..…………………………………….……………………………………..…………………………………….…………………………………….  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Podpis pracownika RCN-T* | | |

W pola … lub \_\_ wpisz tekst; w polach □ zaznacz „x” lub „v” przy wybranej opcji