



**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

Sayfa : 1 / 2

**TALEP ADI :** (129)KADIN HST. VE DOĞUM İHTİYACINA İ KALEM KIRTASIYE MALZEMELERİ GRUBU / 150.01 ALIMI  
**TALEP YERİ :** Tüp Bebek Merkezi

**İHALE ŞARTNAMESİ**

Doğan AYDOĞAN  
Veri Giriş Personeli

1. İdarenin  
a. Adı-Adresi : ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ SATINALMA ÜNİTESİ  
KURUPELİT/SAMSUN  
b. Telefon ve Faks Numarası : 0 362 312 19 19-2318- 0 362 457 60 10
2. İhale Konusu Malın : 1 Kalem Kırtasiye Malzemesi (Hasta Dosyası)  
a. Malzemeyi İsteyen Ünite : Tüp Bebek Merkezi  
b. Niteliği, Türü ve Miktarı : Malzeme Listesi Ekli Birim Fiyat Teklif Cetvelinde Belirtilmiştir.  
c. Teslim Yeri : Hastane Genel Deposu  
d. Teslim Tarihi : İdarenin vereceği siparişe istinaden 20 gün içerisinde malzeme teslim edilmelidir.
3. Teklifin Verilebileceği  
a. Yer : OMUSUVAM Satın Alma Ünitesi Kurupelit/Samsun  
b. Son Başvuru Tarihi ve Saati : 14.01.2025 - 17:00
4. İhaleye Katılabilmek için gereken belgeler ve yeterlik kriterleri  
a. Birim fiyat mektubu ve cetveli  
b. Numune: Teklif edilen malzeme için teknik değerlendirmede kullanılmak üzere Ek 2'de belirtilen numune teslim tutanağı ile bir (1) adet numune teslim edilecektir. Numune teslim edilmeyen ürünler için değerlendirme yapılmayacaktır.
5. Teklifin Türü  
a. İstekliler tekliflerini, her bir iş kaleminin miktarı ile bu iş kalemleri için teklif edilen birim fiyatlarının çarpımı sonucu bulunan toplam bedel üzerinden verilecektir.
6. Teklif ve ödemelerde geçerli para birimi  
a. İsteklilerin tekliflerini Türk Parası olarak vermeleri zorunludur ve ödemeye esas para birimide Türk Parasıdır.
7. Alternatif Teklifler  
a. Alternatif teklif verilemez.
8. Kısmi Teklif Verilmesi  
a. Bu işin tamamına teklif verilecektir. Değerlendirme toplam bedel üzerinden yapılacaktır.
9. Garanti ve Garanti süresi sonrası bakım onarım  
a. Garanti süresi öngörülmektedir.
10. Teklif Geçerlilik Süresi  
a. Teklif geçerlilik süresi en az 30 gün olmalıdır.
11. Tekliflerin Sunulma Şekli  
a. Teklif Mektubu bu Şartname ile istenilen bütün belgeler bir zarfa veya pakete konulur. Zarfın üzerine isteklinin adı, soyadı veya ticaret unvanı, tebligata esas açık adresi, teklifin hangi işe ait olduğu, teklif numarası ve ihaleyi yapan idarenin açık adresi yazılır. Zarfın yapııştırılan yeri istekli tarafından imzalanarak, mühürlenecek veya kaşelenecektir.  
b. Teklifler ihale dökümanında belirtilen son başvuru tarih ve saatine kadar imza karşılığında idareye (tekliflerin sunulacağı yere) teslim edilir. Bu saatten sonra verilen teklifler kabul edilmez ve açılmadan istekliye iade edilir.  
c. Teklifler iadeli taahhütlü olarak posta ile gönderilebilir. Posta ile gönderilecek tekliflerin dökümanda belirtilen saate kadar idareye ulaşması şarttır. Postadaki gecikme nedeniyle işleme konulmayacak olan teklifler değerlendirmeye alınmaz.
12. Tekliflerin Alınması  
a. Teklifler son başvuru ve saatine kadar OMUSUVAM Satınalma Ünitesi'nde imza karşılığı teslim alınacaktır.
13. Tekliflerin Değerlendirilmesi  
a. Zarfları uygun olan ve yeterlik kriterlerini sağlayan isteklilerin ürünleri Teknik değerlendirmeye alınacaktır.
14. Ekonomik Açıdan en Avantajlı Teklifin Belirlenmesi  
a. Ekonomik açıdan en avantajlı teklif en düşük fiyat esasına göre belirlenecektir.
15. Teklifin Karara Bağlanması  
a. Bu şartname hükümlerine göre yapılan değerlendirme sonucu ihale ekonomik açıdan en avantajlı teklifi veren isteklinin üzerinde bırakılacaktır.
16. Sözleşme Yapılması  
a. Sözleşme yapılmayacaktır.
17. Ödeme Yeri ve Şartları  
a. Ödeme yeri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğü tarafından yapılacaktır.  
b. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlığı Müdürlüğüne, malın teslimine binaen kesilecek faturanın tahakkuka bağlanmasından sonra nakit durumu müsait olması halinde 240 (ikiyüzyüksek) gün içerisinde ödenecektir. Kurumumuz gelirlerinde artış olması halinde erken ödeme yapılabilecektir. Kurumumuz ihtiyacı üzerine 4734 sayılı K.İ.K.na göre yapılacak her türlü mal/hizmet/yapım işleri ihaleleri veya doğrudan teminleri sonucunda yapılacak her türlü ödemeler, malların Hastanemiz deposuna tesliminden veya hizmetin/yapım işinin teslim alınmasından sonra kesilecek fatura tarihine göre sıraya konularak, hastanemiz gelirlerinin tahsilatına ve banka hesabımızdaki nakit durumuna göre sırasıyla ödeme yapılacaktır. Hastanemiz gelirlerinin tahsilatında ve başka nedenlerle meydana gelebilecek nedenlerle nakit sıkıntısı olduğu takdirde ödemelerde gecikme ve aksamalar olabilir. Bu tip nedenlerle olabilecek aksaklıklardan dolayı kurumumuz hiçbir yükümlülük altına girmez. Alacaklı firmalarda bu nedenlerle olabilecek gecikmeler nedeniyle herhangi bir hak talebinde bulunamazlar. İhaleye veya doğrudan teminlere iştirak eden firmalar yukarıda belirtilen şartları aynen kabul etmiş sayılırlar.  
c. Sosyal Güvenlik Kurumu "Sağlık Uygulama Tebliği" faturalama işlemleri gereğince, sağlık hizmeti işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 2 ay içerisinde kuruma ibraz edilmeyen faturalar işleme alınmayacaktır. Herhangi bir sebepten dolayı faturanın kuruma teslim edilmemesi durumunda, yüklenici ilgili alacağından vazgeçmiş sayılacak ve fatura ile ilgili herhangi bir hak talebinde bulunamayacaktır.
18. Gecikme Cezası  
a. İdare tarafından iş zamanında bitirilmediği/mal teslim edilmediği takdirde geçen her takvim günü için yükleniciye yapılacak ödemelerden sipariş bedeli üzerinden %0,5 (bindebeş) oranında gecikme cezası kesilecektir. Kesilecek toplam ceza tutarı hiçbir şekilde alım bedelini aşamaz.  
b. Gecikme cezası yükleniciye ayrıca protesto çekmeye gerek kalmaksızın ödemelerden kesilir. Bu cezanın ödemelerden karşılanamaması halinde Yükleniciden ayrıca tahsil edilir.  
c. İşin süresi içerisinde teslim edilen malların idareye teslim tarihinden itibaren muayene ve kabulünde geçen süreler işin süresinden sayılmaz. İşin süresi içerisinde uygun çıkmayan mallar yerine sadece bir defaya mahsus olmak üzere yeniden getirilen malların muayenesi yapılır.  
d. Bu gecikme ihtarinin yükleniciye tebliğinden itibaren 20 (yirmi) gün geçtiği takdirde idare sipariş iptal edilmiş sayılacaktır. Siparişin iptal edilmesi dolayısıyla yüklenici hakkında gerekli işlem yapılacaktır.  
e. Taahhüdün yerine getirilmemesi halinde istekli 4734 sayılı kanunun 10. maddesi (f) bendine istinaden (f. ihale tarihinden önceki 5 yıl içinde, ihaleyi



**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

Sayfa : 2 / 2

**TALEP ADI :** (129)KADIN HST. VE DOĞUM İHTİYACINA İ KALEM KIRTASIYE MALZEMELERİ GRUBU / 150.01 ALIMI

**TALEP YERİ :** Tüp Bebek Merkezi

birakılacaktır. Ayrıca yüklenicinin bağlı olduğu Ticaret Odasına taahhüdünü yerine getirmediği bildirilecektir.

f. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği ve Vücut İçinde Kullanılan Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliğine tabii malzemeler için verilen TİTUBB kodunun hatalı verilmesi ve/veya TİTUBB tarafından iptal edilmesi ve/veya değiştirilmesi halinde İdarenin malzeme ile ilgili uğrayacağı zarar ilgili faturanın tahakkunda düşülecek, fatura ödenmiş ise firma alacaklarından tahsil edilecektir. Ayrıca idarenin deposunda kalan ürünler istenildiğinde tedarikçi tarafından iade alınacaktır. İhaleye katılan istekli bu şartları kabul etmiş sayılır.

19. Diğer

a) 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu 'nun 22. maddesine göre Doğrudan Temin yoluyla yapılacak alımlara istinaden kesilecek olan 50.000,00 TL tutarını altındaki faturalara, temlik koyulmayacaktır.

b) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz için yapılacak Cerrahi Alet alımlarında; uhdesinde malzeme kalan firmalar teslim edecekleri cerrahi el aletlerinin her birine idaremizce verilecek olan alfanumerik sayılarını 2D Matrix Fiberleme yöntemi ile barkodlayarak teslim edeceklerdir. 3 mm'in altındaki aletlere barkod vurulamayacağı için bölüm set, set ismi veya idaremizce verilecek numaralar yazılacaktır.

**EKİ :** 1. Birim Fiyat Teklif Cetveli

2. Teknik Şartname

3. Numune Teslim Tutanağı (Numuneler son başvuru tarihinden itibaren 7 (yedi) gün içerisinde teslim edilecektir. Belirlenen süre içerisinde numuneler teslim edilmediği takdirde firmanın teklifi değerlendirilmeye alınmayacaktır.)



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
YAKLAŞIK/BİRİM FİYAT TEKLİFİ

Sayfa : 1 / 1

İhale Kayıt Numarası : 129

İşin Adı : KADIN HST. VE DOĞUM İHTİYACINA 1 KALEM KIRTASIYE MALZEMELERİ GRUBU / 150.01  
ALIMI

14.01.2025

A							
Sıra No	Mal Kaleminin Adı ve Kısa Açıklaması	Özellik	UBB	Birimi	Miktarı	Teklif Edilen Birim Fiyat (KDV Hariç)	Tutarı (KDV Hariç)
1	HASTA DOSYASI HASTA DOSYASI / 67889	HASTA DOSYASI / 67889		Adet	2000,00		
TOPLAM (KDV Hariç):					2000,00		

NOT : UBB KOD NUMARLARININ GÖNDERİLMESİ GEREKMEKTEDİR.

İdarenizce alımı yapılacak olan teklifle ilgili İdari Şartname tarafımızdan incelenmiş okunmuş ve herhangi bir ayırım ve sınırlama yapmadan bütün koşullarıyla kabul edilmiştir. İhaleyi ilişkin olarak aşağıdaki hususları içeren teklifimizin kabulünün arz ederiz  
1-Taahhüdün yerine getirilmesine ilişkin olarak idari şartnamede teklif fiyata dahil olması öngörülen bütün masralar teklifimize dahildir.

2-Aldığımız herhangi bir teklifi veya en düşük teklifi seçmek zorunda olmadığımızı kabul ediyoruz .

3-İhale konusu işle ilgili olmak üzere idarenizce yapılacak/yaptırılacak diğer işlerde idarenizin çıkarına aykırı düşecek eylem ve oluşum içinde olmayacağımızı taahhüt ediyoruz

4-Bu ihalede tekliflerin kalem/ kısım bazında ayrı değerlendirileceğini teklif ettiğimiz her bir kalemi /kısımı için ekte sunulan fiyat cetvelinde yer alan mal kalemi /kısımından bir veya daha fazlasınının üzerimize kalan işi yapacağımızı kabul ve taahhüdederiz.

5-Ödeme Yeri ve Şartları

a.Ödeme yeri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğü tarafından yapılacaktır.

b.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Döner Sermaye Saymanlık Müdürlüğünce mailin teslimine bianen kesilecek faturanın tahakkuka bağlanmasından sonra nakit durumu olması halinde 240 gün içerisinde ödenecektir.

Adı- SOYADI / Ticaret unvanı  
ayk Kaşe ve İmza

Takip Eden Kullanıcı : Zeki Burak ÖZDEMİR

E-Mail : Omusamsa@omu.edu.tr

Tel: 0362 312 19 19 / 23 18

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

NUMUNE TESLİM TUTANAĞI

Sayfa : 1 / 1

TEKLİF NUMARASI ( 129 ) - KADIN HST. VE DOĞUM İHTİYACINA İ KALEM KIRTASIYE MALZEMELERİ GRUBU / 150.01 ALIMI

TALEP TARİHİ 06.01.2025 09:16:28

İSTEK YAPAN BİRİM Tıp Bebek Merkezi

S. NO	Malzeme Adı	Markası	Üretici Firma	Menşei	Miktar	Birim
1	HASTA DOSYASI HASTA DOSYASI / 67889				2000,00	Adet

Yukarıda yazılan numune/numuneler tarafımızdan teslim alınmıştır.

Teslim Edilen Bölüm :

Teslim Tarihi:

Adı Soyadı :

Teslim Alanın

Teslim Eden Firma

Ünvanı :

BASILACAK DOSYADA BULUNMASI GEREKEN ÖZELLİKLER

1-2000 (ikibin )adet hasta dosyası,pembe renk olacak.

2-Dosya Karton kalitesi Amerikan –Japon Bristol,350-400 gram,kartonun dış ve iç yüzü parlak veya metalize Sedef Slef sefon kaplı(veya 400 gram kroma karton dış yüzüparlak,iç yüzü 20 mikron metalize seleton kaplı)olacaktır.(İhale zarfın üzerine karton numuleri konulacaktır.)

3-48\*33 ölçülerinde (1-3 cm ölçülerde esneme olabilir) dosya içerisine,8 yaprak çift yönlü dosyaya zımbalı 42\*29,5 ölçülerinde (1-3 cm ölçülerinde esneme olabilir) hasta dosyası.İçerindeki evrakların kalitesi 1.hamur olacaktır.

4-Dosya telinin paslanmaz vernikli 0,5 mm fırınlı boyalı olması.

5-Dosya telinin arka kapağa takılması uygundur.

6-İdarenin göstereceği örneğe uygun olmalı.(İlk numune basıma geçirilmeden idareye gösterilerek basıma devam edilecektir.Basılan dosyalardan 2(iki) numune idareye gösterilecektir.

ÜYTE SORUMLU HEMŞİRE

ÜYTE SORUMLUSU



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Sağlık Hizmetleri

ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ MERKEZİ HASTA TAKİP FORMU

	KADIN	ERKEK
Adı Soyadı	:	.....
Baba Adı	:	.....
D. Tarihi / Yaş	:	.....
Doğum Yeri	:	.....
Meslek	:	.....
Ev Tel	:	.....
İş Tel	:	.....
Faks	:	.....
Adres	:	..... ..... .....
Kan Grubu	:	.....
HIV	:	.....
HBsAG /HBsAc:	.....	.....
TORCHES	:	.....
Hemogram	:	.....

Refere Eden Doktor:

Tanı: .....

Nedeni: .....

Öneriler: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## KADIN DEĞERLENDİRME

Başvuru Tarihi: .... / .... / ..... Infertilite: ..... Pirimer / Sekonder: .....

Nedeni: ..... Süresi: .....

SAT: ..... Siklus Düzeni: .....

Obstetrik Öykü: G: ..... P : ..... Y: ..... A: ..... D&C: .....

Özgeçmiş ve Jinekolojik Öykü:

ART Dışı Infertilite Tedavileri:

Hormonal Değerlendirme:

Tarih			
FSH			
LH			
E2			
P			
PRL			
.....			
.....			
.....			

HSG

H/S

L/S

Önceki Yardımcı Üreme Siklusları Özeti

Tedavi	Tarih	Yer	KOH Protokolü	Oosit	ET	Sonuç

## ERKEK DEĞERLENDİRME

### Özgeçmiş:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Genital Muayene Bulguları:

.....  
.....  
.....

### Yıkama Öncesi

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

### Yıkama Sonrası

Tarih	Volum	Sayı	Motilite

### Özel Teknikler

Tarih				

USG / Doppler: .....

.....

Hormonal Değerlendirme: .....

.....

FSH: ..... LH: ..... Test: ..... PRL: .....

Testis Biyopsi: .....

.....

.....



## JİNEKOLOJİK MUAYENE

Tarih: .... / .... / .....

Spekulum: .....

### Pelvik Muayene

EGO : .....

Cervix : .....

Uterus : .....

Andex : .....

Prova Transfer: .....

Mikrobiyoloji : .....

## ULTRASONOGRAFİ

Tarih:	Bazal USG	OCP	GnRH-ant veya GnRH-a	
Uterus:				
Endometrium:				
Sağ Over:				
Sol Over:				

Adı Soyadı: : .....

Intertilite Nedeni : ..... Refere Eden Dr: .....

Siklus Sayısı : .....

Yaş :..... Kilo: ..... FSH: ..... LH: ..... E2: .....

Stimulasyon Protokolü : .....

GnRH-a Tarihi : .....

Tarih																			
Siklus																			
CC																			
HMG																			
FSH																			
Endometrium																			
SAĞ OVER Folikül																			
SOL OVER Folikül																			
E2																			
P																			
Reçete/Not																			

(OOSİT TOPLAMA)

Tarih: ...../...../.....

Saat: .....:.....

Doktor: .....

Embriyolog: .....

Toplama Şekli :

TV

LS

Anestezi :

Genel

Lokal

Kullanılan İlaçlar:.....

Oosit Sayısı :

Sağ Over: .....

Sol Over: .....

Komplikasyon: .....

LABORATUVAR

Yöntem	Oosit	Oosit 2PN	Embriyo	Transfer	A. Hatching	Cryo

SPERMİOGRAM

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

EMBRIYO TRANSFERİ

Embriyo Sayısı	G1	G2	G3	G4	Blastokist

Transfer Kateteri:.....

Transfer: Kolay

Zor

Tenakulum

Histero

Yapılmadı

Kateter Kontrolü: Kan

Mukus

LUTEAL FAZ VE ERKEN GEBELİK TAKİBİ

Luteal Faz Desteği:.....

19. Gün B-Hcg

:



Adı Soyadı: : .....

Intertilite Nedeni : ..... Refere Eden Dr: .....

Siklus Sayısı : .....

Yaş :..... Kilo: ..... FSH: ..... LH: ..... E2: .....

Stimulasyon Protokolü : .....

GnRH-a Tarihi : .....

Tarih																			
Siklus																			
CC																			
HMG																			
FSH																			
Endometrium																			
SAĞ OVER Folikül																			
SOL OVER Folikül																			
E2																			
P																			
Reçete/Not																			

(OOSİT TOPLAMA)

Tarih: .... / .... / .....

Saat: ..... : .....

Doktor: .....

Embriyolog: .....

Toplama Şekli : TV

LS

Anestezi : Genel

Lokal

Kullanılan İlaçlar:.....

Oosit Sayısı :

Sağ Over: .....

Sol Over: .....

Komplikasyon: .....

LABORATUVAR

Yöntem	Oosit	Oosit 2PN	Embriyo	Transfer	A. Hatching	Cryo

SPERMİOGRAM

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

EMBRIYO TRANSFERİ

Embriyo Sayısı	G1	G2	G3	G4	Blastokist

Transfer Kateteri:.....

Transfer: Kolay  Zor  Tenakulum  Histero  Yapılmadı

Kateter Kontrolü: Kan  Mukus

LUTEAL FAZ VE ERKEN GEBELİK TAKİBİ

Luteal Faz Desteği:.....

19. Gün B-Hcg :.....

Adı Soyadı: : .....

Intertilite Nedeni : ..... Refere Eden Dr: .....

Siklus Sayısı : .....

Yaş :..... Kilo: ..... FSH: ..... LH: ..... E2: .....

Stimulasyon Protokolü : .....

GnRH-a Tarihi : .....

Tarih																			
Siklus																			
CC																			
HMG																			
FSH																			
Endometrium																			
SAĞ OVER Folikül																			
SOL OVER Folikül																			
E2																			
P																			
Reçete/Not																			



(OOSİT TOPLAMA)

Tarih: ...../...../.....

Saat: .....:.....

Doktor: .....

Embriyolog:

.....  
.....

Toplama Şekli : TV LS

Anestezi : Genel  Lokal

Kullanılan İlaçlar:.....

Oosit Sayısı : Sağ Over: ..... Sol Over: .....

Komplikasyon: .....

LABORATUVAR

Yöntem	Oosit	Oosit 2PN	Embriyo	Transfer	A. Hatching	Cryo

SPERMİOGRAM

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

EMBRIYO TRANSFERİ

Embriyo Sayısı	G1	G2	G3	G4	Biastokist

Transfer Kateteri:.....

Transfer: Kolay  Zor  Tenakulum  Histero  Yapılmadı

Kateter Kontrolü: Kan  Mukus

LUTEAL FAZ VE ERKEN GEBELİK TAKİBİ

Luteal Faz Desteği:.....

19. Gün B-Hcg :.....

Adı Soyadı: : .....

Intertilite Nedeni : ..... Refere Eden Dr: .....

Siklus Sayısı : .....

Yaş :..... Kilo: ..... FSH: ..... LH: ..... E2: .....

Stimulasyon Protokolü : .....

GnRH-a Tarihi : .....

Tarih																			
Siklus																			
CC																			
HMG																			
FSH																			
Endometrium																			
SAĞ OVER Folikül																			
SOL OVER Folikül																			
E2																			
P																			
Reçete/Not																			

(OOSİT TOPLAMA)

Tarih: ...../...../.....

Saat: .....:.....

Doktor: .....

Embriyolog: .....

.....  
.....

Toplama Şekli : TV LS

Anestezi : Genel  Lokal

Kullanılan İlaçlar:.....

Oosit Sayısı : Sağ Over: ..... Sol Over: .....

Komplikasyon: .....

LABORATUVAR

Yöntem	Oosit	Oosit 2PN	Embriyo	Transfer	A. Hatching	Cryo

SPERMİOGRAM

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

EMBRİYO TRANSFERİ

Embriyo Sayısı	G1	G2	G3	G4	Biastokist

Transfer Kateteri:.....

Transfer: Kolay  Zor  Tenakulum  Histero  Yapılmadı

Kateter Kontrolü: Kan  Mukus

LUTEAL FAZ VE ERKEN GEBELİK TAKİBİ

Luteal Faz Desteği:.....

19. Gün B-Hcg :.....



Adı Soyadı: : .....

Intertilite Nedeni : ..... Refere Eden Dr: .....

Siklus Sayısı : .....

Yaş :..... Kilo: ..... FSH: ..... LH: ..... E2: .....

Stimulasyon Protokolü : .....

GnRH-a Tarihi : .....

Tarih																			
Siklus																			
CC																			
HMG																			
FSH																			
Endometrium																			
SAĞ OVER Folikül																			
SOL OVER Folikül																			
E2																			
P																			
Reçete/Not																			

(OOSİT TOPLAMA)

Tarih: .... / .... / .....

Saat: ..... : .....

Doktor: .....

Embriyolog:

.....  
.....

Toplama Şekli : TV LS

Anestezi : Genel  Lokal

Kullanılan İlaçlar:.....

Oosit Sayısı : Sağ Over: ..... Sol Over: .....

Komplikasyon: .....

LABORATUVAR

Yöntem	Oosit	Oosit 2PN	Embriyo	Transfer	A. Hatching	Cryo

SPERMİOGRAM

Tarih	Volum	Sayı	Motilite	Morfoloji

EMBRİYO TRANSFERİ

Embriyo Sayısı	G1	G2	G3	G4	Biastokist

Transfer Kateteri:.....

Transfer: Kolay  Zor  Tenakulum  Histero  Yapılmadı

Kateter Kontrolü: Kan  Mukus

LUTEAL FAZ VE ERKEN GEBELİK TAKİBİ

Luteal Faz Desteği:.....

19. Gün B-Hcg : .....





