

Клиника:

Адрес клиники:

Контактное лицо:

Телефон:

E-mail:

Дата отправки образца:

Время отправки образца:

Информация о пациенте:

ФИО пациента

Дата рождения пациента

(число)

(месяц)

(год)

Информация об образце:

Дата биопсии:

Время биопсии:

Тип цикла: *(заполняется в случае ЗГТ)*

Заместительная гормональная терапия(ЗГТ): Прогестерон: П+ (например, П+125 часов*).

Дата первого приема прогестерона: Время

Препарат прогестерон суточная доза

Эндогенный прогестерон: П+0 нг/мл Прогестерон в день биопсии нг/мл

(заполняется в случае Естественного цикла)

Дата овуляции: Время

Естественный цикл: ЛГ+ (например, ЛГ+6*). Дата пика ЛГ: Время

ХГЧ+ (например, ХГЧ+7*). Дата введения ХГЧ: Время

*Дата первого приема прогестерона = П+0 ч. Дата пика лютеинизирующего гормона = ЛГ+0 ч. Дата введения ХГЧ = ХГЧ+0 ч.

Врач (ФИО): _____