STIMULÁCIÓS LAP

Protokoll

dátum																						
stimulációs nap			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
gyógyszer / injekció	mennyiség	időpont																				

Vizsgálatok

	1	2	3	4	5	6	7	8	10	9	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
UH																				
bal petefészek																				
jobb petefészek																				
méhnyálkahártya																				
Vérvétel																				
ösztrogén																				
progeszteron																				
LH																				

Kérdéseim az orvoshoz: