



**BUÜ HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM ANABİLİM DALI TÜP BEBEK MERKEZİ
KONTROLLÜ OVARYAN HİPERSTİMÜLASYON İLAÇ
TARİF FORMU**

Doküman Kodu	EY.FR.10.729.05
İlk Yayın Tarihi	01.09.2025
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa	1/1

Hasta Adı/Soyadı:

Doğum Tarihi gün/ay/yıl: / /

Protokol No:

Tüp Bebek Dosya No:

TEDAVİ PROTOKOLÜ:

Tedavi günü	Tarih/gün	Kullanılacak ilaçlar	Doz	Kullanım şekli	Not
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Bilgi veren:

Sorularınız için 09:00 – 16:00 saatleri arasında 0224 295 25 25 numaralı telefonda kliniğimize ulaşabilir veya doktorunuzu arayabilirsiniz.

Kontrollerinize sabah 08:30'da gelmeniz gerekmektedir.