



**UÜ-SK KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI  
TÜP BEBEK MERKEZİ HCG GÜNÜ YAPILACAKLAR**

Dok.Kodu	: FR-HYE-04-729-02	İlk Yay.Tarihi	: 23 Mart 2011	Sayfa 1 / 1
Rev. No	: 00	Rev.Tarihi	:	

Hasta Adı/Soyadı: .....

Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....

Protokol No: .....

**HCG GÜNÜ YAPILACAKLAR**

1. Kullanmakta olduğunuz ...../..... ilaçlarınızı kesiniz.

2. ....ilacınızı.....ünite olarak aşağıda belirtilen tarih ve saatte kalçadan/cilt altına yaptırınız.

Tarih: ...../...../..... Gün:..... Saat: ...../.....

3. Yumurta toplama işleminiz için aşağıda belirtilen tarih ve saatte **eşinizle beraber** kliniğe geliniz.

4. Yumurta toplama işlemi sırasında ağrı duymamanız için size anestezi verilecektir.

Bu nedenle **işlemden önceki dört saat boyunca hiçbirşey yemeyin ve içmeyin.**

Yumurta toplama tarih:...../...../..... Gün:..... Saat:

...../.....

Bilgi Veren:

Bu ilacın doğru saat ve dozda yapılması çok önemlidir. Tarife tam olarak uymak gerekmektedir. İlacı doğru zaman ve dozda uygulayamadığınız durumlarda kliniğimizi bilgilendiriniz.

Sorularınız için (224) 295 2525 numaralı telefondan bize ulaşabilirsiniz.