

Checklist ciclo de biopsia ERA y ciclo de transferencia pET	Ciclo biopsia número: _____ Mes y año de la biopsia: _____	Resultado ERA: _____ Tiempo para pET (horas): _____ Mes y año de transferencia: _____
<input type="checkbox"/> *Tipo de ciclo (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Natural con <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger <input type="checkbox"/> Natural modificado (con suplementación de progesterona) con <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger	<input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Natural con <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger <input type="checkbox"/> Natural modificado (con suplementación de progesterona) con <input type="checkbox"/> pico LH o <input type="checkbox"/> hCG trigger
<input type="checkbox"/> **Nivel de progesterona endógena medido en las 24h anteriores a la primera ingesta de progesterona exógena en ciclos de TRH o en LH +0/hCG+0 en ciclos naturales (indicar el nivel y marcar la unidad de medida aplicada)	_____ <input type="checkbox"/> ng/mL _____ <input type="checkbox"/> nmol/L	_____ <input type="checkbox"/> ng/mL _____ <input type="checkbox"/> nmol/L
<input type="checkbox"/> Fecha de medición de la progesterona endógena acima	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Grosor endometrial antes de la primera ingesta de P4 o en LH+0/hCG+0	_____ mm	_____ mm
<input type="checkbox"/> Fecha de la medición del grosor endometrial	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> SOLO NATURAL o NATURAL MODIFICADO. Fecha y hora del hCG trigger o pico de LH (seleccione AM o PM)	_____ / _____ / _____ a las _____ : _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	_____ / _____ / _____ a las _____ : _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> SOLO HRT o NATURAL MODIFICADO. Fecha y hora de la primera ingesta de progesterona exógena. (seleccione AM o PM)	_____ / _____ / _____ a las _____ : _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	_____ / _____ / _____ a las _____ : _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> SOLO HRT o NATURAL MODIFICADO Dosis diaria de progesterona exógena (indicar las unidades y observar si las dosis difieren de un día a otro)		
<input type="checkbox"/> SOLO HRT o NATURAL MODIFICADO. Vía de progesterona exógena (seleccione todo lo aplicable)	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Vaginal + IM <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Vaginal + IM <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Oral
<input type="checkbox"/> #RMRDHWHDVTHVHRPyDI ELRSVLIH		_____
<input type="checkbox"/> RDGHRVHRPHGGVHHDV LIRPHS(RDGHVH) DVTHVHHDLGRS		
<input type="checkbox"/> Enumere TODOS los medicamentos adicionales administrados durante el ciclo de biopsia ERA y el ciclo de transferencia pET		

*NOTA: Los tipos y protocolos de ciclo (incluidos medicamentos, dosis, etc.) deben replicarse exactamente entre el ciclo de biopsia ERA y el ciclo de transferencia personalizada (pET) para garantizar la reproducibilidad de los resultados de ERA.

**NOTA: La progesterona endógena debe ser inferior a 1 ng/ml en las 24 horas previas al inicio de la primera ingesta de progesterona exógena en un ciclo de TRH o en LH+0/hCG+0 en ciclos naturales o naturales modificados para garantizar la precisión y reproducibilidad de los resultados de ERA. Si el nivel es >1ng/ml recomendamos cancelar el ciclo.