

Checklist ciclo de biópsia ERA e ciclo de transferência pET	Ciclo biópsia número: _____ Mês e ano da biópsia: _____	Resultado ERA: _____ Tempo para pET (horas): _____ Mês e ano de transferência: _____
<input type="checkbox"/> *Tipo de ciclo (selecione um)	<input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Natural com <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger <input type="checkbox"/> Natural modificado (com suplementação de progesterona) com <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger	<input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Natural com <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger <input type="checkbox"/> Natural modificado (com suplementação de progesterona) com <input type="checkbox"/> pico LH <input type="checkbox"/> hCG trigger
<input type="checkbox"/> **Nível de progesterona endógena medido nas 24h anteriores à primeira dose de progesterona exógena em ciclos de HRT ou em LH+0/hCG+0 em ciclos naturais (indicar o nível e marcar a unidade 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"/> Data da medição da progesterona endógena acima	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Espessura endometrial antes da primeira ingestão de P4 ou em LH+0/hCG+0	_____ mm	_____ mm
<input type="checkbox"/> Data da medição da espessura endometrial	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> APENAS NATURAL ou NATURAL MODIFICADO. Data e hora do hCG trigger ou pico de LH (selecione AM ou PM)	____/____/____ às ____:____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	____/____/____ às ____:____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> APENAS HRT ou NATURAL MODIFICADO. Data e hora da primeira ingestão de P4 exógena. (selecione AM ou PM)	____/____/____ às ____:____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	____/____/____ às ____:____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> APENAS HRT ou NATURAL MODIFICADO Dose diária de progesterona exógena (indicar as unidades e observar se as doses diferem de um dia a outro)		
<input type="checkbox"/> APENAS HRT ou NATURAL MODIFICADO. Vía de progesterona exógena (selecione todos os aplicáveis)	<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"/> Total de horas em que a biópsia foi realizada (ex: 120h)		N/A
<input type="checkbox"/> Total de horas recomendadas no relatório para a pET/ Total de horas em que a pET foi realizada		
<input type="checkbox"/> Liste TODOS os medicamentos adicionais administrados durante o ciclo de biópsia de ERA e o ciclo de transferência pET.		

*NOTA: Os tipos e protocolos de ciclo (incluindo medicamentos, doses etc.) devem ser replicados exatamente entre o ciclo de biópsia do ERA e o ciclo de transferência personalizada (pET) para garantir a reprodutibilidade dos resultados do ERA.

**NOTA: A progesterona endógena deve ser inferior a 1 ng/ml nas 24 horas anteriores ao início da primeira ingestão de progesterona exógena em um ciclo de HRT ou em LH+0/hCG+0 em ciclos naturais ou naturais modificados para garantir a precisão e a reprodutibilidade dos resultados do ERA. Se o nível for >1ng/ml, recomendamos o cancelamento do ciclo.