

Egregio Collega,

In linea con le procedure operative in vigore nel nostro centro le inviamo le informazioni sulla coppia in trattamento da fornirci almeno 48 ore prima della procedura.

**NB: COMPILARE IN STAMPATELLO**

**Partner femminile**

Cognome – Nome

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo e Prov. di Nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

Provincia di Resid : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Cell : \_\_\_\_\_

coniugati     conviventi

Affetti da Infertilità:

primaria     secondaria

Ricerca Gravidanza dal: \_\_\_\_\_

**Partner maschile**

Cognome - Nome

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo e Prov. di Nascita: \_\_\_\_\_

## INDICAZIONE al trattamento di PMA

Femminile Tubarico / Ovulatorio / Endometriosi  
 Maschile OAT/ azoospermia ostruttiva/azoospermia secretoria  
 Idiopatica

Spermatozoi  Eiaculato  FNA / TESE / PESA  Paillettes congelate

Tipo Trattamento  IUI  FIVET ICSI  OvoCong  ET CRYO  PGD  PGS

Protocollo  CS  Long 21  FSH+Antagonista  altro: \_\_\_\_\_

Ultima Mestruazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gonadotropine:  Gonal-F  Puregon  Fostimon  Menogon  Clomid  Luveris  
 altro: \_\_\_\_\_

Dal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unità TOT Gonadotropine: \_\_\_\_\_ IUI

Agonista:  Sì / No dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Antagonista  Cetrotide  Orgalutran

N° follicoli con diametro  $\geq 14$ mm: ovaio DX: \_\_\_\_\_ ovaio Sn: \_\_\_\_\_

Induzione:  LH spont  Gonasi  Ovitrelle  Agonista

Dose  5000  10000  15000 Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ore: \_\_\_\_\_ Ora prevista PMA: \_\_\_\_\_

La **coppia** si deve presentare al centro circa 2 ore prima dell'orario previsto dell'intervento di PMA con:

- **FOTOCOPIE** degli esami eseguiti in preparazione al trattamento (vedi pagina 3)
- **Consenso informato** (firmato da entrambi i partner e dal medico che ha effettuato il colloquio almeno 7 giorni prima dell'inizio del trattamento)
- **Fotocopie documenti di identità**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e Timbro Medico Responsabile del Trattamento

**Firma del Responsabile del Centro**  
**per presa in carico della coppia**

**ESAMI RICHIESTI PER PRELIEVO OVOCITARIO (OPU)**

**Da fotocopiare e consegnare al centro il giorno del prelievo ovocitario (obbligatorio)**

**COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA DI ENTRAMBI I PARTNER**

**N.B.: (Il Personale sanitario si riserva il diritto di non eseguire l'intervento previsto in mancanza dei seguenti esami)**

**Partner femminile**

- HbsAg
- HBc-Ab (IgG, IgM)
- HCV
- HIV (validità 90 giorni primo prelievo, 180gg secondo prelievo)\*
- TPHA
- VDRL o RPR,
- CMV (IgG, IgM)

- Toxo-test, Rubeo-test
- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Test di Coombs indiretto
- Elettroforesi emoglobine patologiche
- Ricerca Mutazioni Fibrosi Cistica
- Cariotipo
- Pap-test
- Tampone vaginale con ricerca di germi comuni e miceti
- Tampone cervicale con ricerca di Mycoplasma, Ureoplasma
- Tampone cervicale con ricerca di Clamidia Trachomatis mediante PCR

**ESAMI PRE-OPERATORI (validità 6 mesi)**

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Transaminasi
- Protidemia
- Colinesterasi
- PT, PTT, Fibrinogeno
- \_\_\_\_\_
- Elettrocardiogramma (validità 1 anno)

**Partner maschile**

- HbsAg
- HBc-Ab (IgG, IgM)
- HCV
- HIV (validità 90 giorni primo prelievo, 180gg secondo prelievo)\*
- TPHA
- VDRL o RPR,
- CMV (IgG, IgM)

- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Cariotipo con cariogramma
- Elettroforesi emoglobine patologiche (se eseguito)
- Ricerca Mutazioni Fibrosi Cistica (se eseguito)

**ESAMI PRE-OPERATORI (validità 6 mesi)**  
(in caso di biopsia testicolare)

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Transaminasi
- Protidemia
- Colinesterasi
- PT, PTT, Fibrinogeno
- \_\_\_\_\_
- Elettrocardiogramma (validità 1 anno)

\*possono risultare necessari in alcuni casi ulteriori esami di patologie infettive (es. malaria, T. Cruzi, HTLV1, ecc...). [DLgs 16/2010 art. 5 all 3]

**ESAMI RICHIESTI PER TRANSFER DI EMBRIONI CRIOCONSERVATI (ET CRYO)**

Da fotocopiare e consegnare al centro il giorno del transfer (obbligatorio)

COPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA DI ENTRAMBI I PARTNER

**N.B:** (Il Personale sanitario si riserva il diritto di non eseguire l'intervento previsto in mancanza dei seguenti esami)

<b>LEI</b>	
<b>ESAMI INFETTIVOLOGICI</b>	
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> VDRL o RPR <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> Toxo-test (IgG+IgM) <input type="checkbox"/> Rubeo-test (IgG+IgM)	<i>validità 180gg</i>
<input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> HbcAb (IgG+IgM) <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CMV (IgG+IgM)	
<input type="checkbox"/> Tamponi ( <i>validità 180gg</i> ) <input type="checkbox"/> Isteroscopia <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Test di Coombs (se fattore Rh negativo) <input type="checkbox"/> Pap test ( <i>validità 1anno</i> ) <input type="checkbox"/> Ecografia mammaria o Mammografia ( <i>validità 1 anno</i> )	

<b>LUI</b>	
<b>ESAMI INFETTIVOLOGICI</b>	
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> VDRL o RPR <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> HbcAb (IgG+IgM) <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CMV (IgG+IgM)	
<p><i>NB: per l'uomo non c'è specifico obbligo temporale ma gli esami devono essere sempre presenti in cartella</i></p>	