



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.

Partner femminile

Cognome – Nome

Cittadinanza: _____

Stato Civile: _____

Data di Nascita: ____/____/____

Prov. di Nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

Provincia di Resid : _____

Tel: _____

Cell : _____

coniugati conviventi

Affetti da Infertilità:

primaria secondaria

Ricerca Gravidanza dal: _____

Partner maschile

Cognome - Nome

Cittadinanza: _____

Stato Civile: _____

Data di Nascita: ____/____/____

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
- Protocollo CS Long 21 FSH+Antagonista altro: _____
- Ultima Mestruazione: ____/____/____
- Gonadotropine: Gonal-F Puregon Fostimon Menogon Clomid Luveris
- Dal: ____/____/____ Unità TOT Gonadotropine: _____ IUI
- Agonista: Sì / No dal ____/____/____ Antagonista Cetrotide Orgalutran
- N° follicoli con diametro ≥ 14 mm: ovaio DX: _____ ovaio Sn: _____
- Induzione: LH spont Gonasi Ovitrelle Agonista
- Dose 5000 10000 15000 II ____/____/____
- 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)
- **Documenti di identità valido**

Data ____/____/____

Firma e Timbro Medico Responsabile del Trattamento

Firma del Responsabile de Centro

per presa in carico della coppia



ESAMI RICHIESTI DA FOTOCOPIARE IN PREVISIONE AL TRATTAMENTO PMA

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 (IgM), HCV, HIV 1,2, TPHA e VDRL
90 giorni di validità
- Toxo-test, Rubeo-test
- CMV (Ig G, IgM)
- Se eseguiti: Anticorpi HTLV-I, malaria, test cruzi (Dlg 16/2010)
- 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

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Elettroliti
- Transaminasi
- Protidemia
- PT, PTT, Fibrinogeno
- Pseudocolinesterasi
- Elettrocardiogramma

Partner maschile

- HbsAg, HBc-Ab (IgM), HCV, HIV 1,2, TPHA e VDRL
90 giorni di validità
- Se eseguiti: Anticorpi HTLV-I, malaria, test cruzi (Dlg 16/2010)
- Gruppo sanguigno e fattore Rh

- Cariotipo con cariogramma
- Elettroforesi emoglobine patologiche (se eseguito)
- Ricerca Mutazioni Fibrosi Cistica (se eseguito)

ESAMI PRE-OPERATORI (in caso di biopsia testicolare)

- Emocromo con formula
- Glicemia
- Azotemia, creatininemia
- Elettroliti
- Transaminasi
- Protidemia
- PT, PTT, Fibrinogeno
- Pseudocolinesterasi
- Elettrocardiogramma

FOTOCOPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA' DI ENTRAMBI I MEMBRI DELLA COPPIA