

BROCHURE COLLOQUIO PRE-CONCEZIONALE

Gentili Signori,
in attesa di essere ricevuti per un primo colloquio per infertilità di coppia il giorno.....
alle ore....., Vi preghiamo di preparare la documentazione sotto riportata e di portarla il
giorno del colloquio **IN FOTOCOPIA**

- ▶ E' importante che al colloquio siano presenti **entrambi i componenti della coppia con relative fotocopie della Carta d'identità**
- ▶ Avvisare il CUP almeno 48 ore prima se non potete venire al colloquio

PER LA PARTNER ♀

- Foglio anagrafico e storia sanitaria (allegato alla presente) tranquillamente compilato a domicilio;
- Dosaggio AMH (ormone anti-Mulleriano)
- Ultimo controllo ginecologico con visita, ecografia ginecologica (con conta follicoli antrali, da eseguirsi tra il 2° e l'8° giorno del ciclo mestruale) e Pap Test;
- Inoltre:
 - Emocromo, Gruppo Sanguigno con fattore Rh, Rubeotest (IgG e IgM), Toxotest (IgG e IgM), Citomegalovirus (IgG e IgM), FSH (da eseguirsi tra il 2° e il 5° giorno del ciclo mestruale)
 - Referti di eventuali valutazioni tubariche (Isterosalpingografia, ecosonoisterografia, laparoscopia)
 - Relazioni di eventuali precedenti tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita
 - Ogni altra documentazione che Lei ritenga opportuno farci visionare

PER IL PARTNER ♂

- Foglio anagrafico e storia sanitaria (allegato alla presente) tranquillamente compilato a domicilio
- Esame seminale (spermiogramma)
- Inoltre:
 - Emocromo, Gruppo Sanguigno con fattore Rh,
 - Se effettuati, referti di valutazioni andrologiche (visite, dosaggi ormonali, ecografie genitali)
 - Ogni altra documentazione che Lei ritenga opportuno farci visionare

PER OTTIMIZZARE L'ACCESSO ALLA STRUTTURA SI PROPONE AL MEDICO CURANTE DI REDIGERE LE RELATIVE IMPEGNATIVE.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Si informa che i requisiti per accedere alle tecniche di Procreazione Medico Assistita, erogate presso il nostro servizio in base alla Delibera n° 61 del 16/01/2015 sono:

1° livello (IUI): donne di età inferiore a **43 anni** con un massimo di **4 cicli** a carico del SSN
2° livello (FIVET/ICSI): donne di età inferiore a **43 anni** con un massimo di **3 cicli** a carico del SSN.

SI PREGA DI PAGARE LA PRESTAZIONE PRIMA DI ACCEDERE AL SERVIZIO

FOGLIO ANAGRAFICO E STORIA SANITARIA DELLA PARTNER ♀

Cognome e Nome _____
Data di Nascita _____ Luogo _____
Cittadinanza _____ Comune di Residenza _____
Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio _____

Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ e-mail _____
Stato Civile (coniugata, nubile o convivente) _____
Titolo di Studio _____
Professione _____
Codice Fiscale _____
Medico di Base Dott. _____ tel. _____
Ginecologo di Fiducia Dott. _____ tel. _____
Medico Inviante Dott. _____ tel. _____

COL MIO PARTNER CERCHIAMO UNA GRAVIDANZA DAL (mese/anno) _____/_____

Nella mia famiglia d'origine vi sono le seguenti malattie (ipertensione, diabete, cardiopatie, coagulopatie, neoplasie etc.) - se negativa scriva nessuna - :

Menopausa della madre all'età di _____ anni

Nel mio passato ho avuto le seguenti malattie importanti o ricoveri - se negativa scriva nessuna - :

Ho avuto i seguenti interventi chirurgici- se negativa scriva nessuna - :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non assumo farmaci | <input type="checkbox"/> Si, assumo i seguenti farmaci: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non Fumo | <input type="checkbox"/> Si Fumo n° _____ sigarette al dì |
| <input type="checkbox"/> Non bevo alcolici | <input type="checkbox"/> Si (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Peso attuale _____ Kg | <input type="checkbox"/> Altezza _____ cm |
| <input type="checkbox"/> La mia prima mestruazione l'ho avuta circa a _____ anni | |
| <input type="checkbox"/> Le mie mestruazioni sono: | <input type="checkbox"/> regolari (tra i 24 ed i 32 giorni) <input type="checkbox"/> irregolari |
| <input type="checkbox"/> Non ho dolori mestruali | |
| <input type="checkbox"/> Si ho dolori mestruali abbastanza importanti | |
| <input type="checkbox"/> Non ho mai usato contraccettivi | |
| <input type="checkbox"/> Ho usato in passato contraccettivi per n° _____ anni / fino al _____ | |
| <input type="checkbox"/> Non ho mai avuto figli <input type="checkbox"/> Non ho mai avuto aborti | |



- Ho avuto n° ____ figli con attuale partner con precedente partner
 Ho avuto n° ____ aborti con attuale partner con precedente partner
 Non ho allergie
 Sì, ho le seguenti allergie: _____
 Non abbiamo mai eseguito tecniche di riproduzione assistita
 Si abbiamo eseguito n° ____ Inseminazioni intrauterine, n° ____ FIVET, n° ____ ICSI n° ____

FOGLIO ANAGRAFICO E STORIA SANITARIA DEL PARTNER ♂

Cognome e Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

Cittadinanza _____ Comune di Residenza _____

Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ e-mail _____

Stato Civile (coniugata, nubile o convivente) _____

Titolo di Studio _____

Professione _____

Codice Fiscale _____

Medico di Base Dott. _____ tel. _____

- Nella mia famiglia d'origine vi sono le seguenti malattie (ipertensione, diabete, cardiopatie, coagulopatie, neoplasie etc.) - se negativa scriva nessuna-:

- Nel mio passato ho avuto le seguenti malattie importanti o ricoveri - se negativa scriva nessuna-:

- Ho avuto i seguenti interventi chirurgici- se negativa scriva nessuna- :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non assumo farmaci | <input type="checkbox"/> Sì, assumo i seguenti farmaci: _____ |
| <input type="checkbox"/> Non Fumo | <input type="checkbox"/> Sì Fumo n° ____ sigarette al dì |
| <input type="checkbox"/> Non bevo alcolici | <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Peso attuale ____ Kg | <input type="checkbox"/> Altezza ____ cm |
| <input type="checkbox"/> Non ho mai avuto figli | |
| <input type="checkbox"/> Ho avuto n° ____ figli | <input type="checkbox"/> con attuale partner <input type="checkbox"/> con precedente partner |
| <input type="checkbox"/> Aborti della partner | <input type="checkbox"/> con attuale partner <input type="checkbox"/> con precedente partner |
| <input type="checkbox"/> Non ho allergie | <input type="checkbox"/> Sì, ho le seguenti allergie: _____ |

In attesa di incontrarVi, Vi giungano i nostri più cordiali saluti