



## BROCHURE COLLOQUIO PRE-CONCEZIONALE

Gentili Signori,

in attesa di essere ricevuti per un primo colloquio per infertilità di coppia, 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 ottimizzare l'accesso alla struttura sarebbe opportuno essere in possesso di:

### PER LA PARTNER ♀

- Foglio anagrafico e storia sanitaria (allegato alla presente) tranquillamente compilato a domicilio;
- dosaggio AMH (ormone anti-Mulleriano);
- dosaggio FSH, estradiolo, TSH (da eseguirsi tra il secondo e il quinto giorno del ciclo);
- 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);
- referti di eventuali valutazioni tubariche (Isterosalpingografia, ecosonoisterografia, laparoscopia);
- relazioni di eventuali precedenti tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (con eventuali accertamenti genetici ed infettivologici eseguiti);
- 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 (spermioγραμμα).

#### 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.

Nel caso in cui non foste in possesso di suddetta documentazione, gli accertamenti necessari vi saranno prescritti durante la consulenza.

## 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 (IUD): 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 Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Stato Civile (coniugata, nubile o convivente) \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

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

**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- :

Non assumo farmaci  Si, assumo i seguenti farmaci: \_\_\_\_\_

Non Fumo  Si Fumo n° \_\_\_\_\_ sigarette al dì

Non bevo alcolici  Si (specificare) \_\_\_\_\_

Peso attuale \_\_\_\_\_ Kg  Altezza \_\_\_\_\_ cm

La mia prima mestruazione l'ho avuta circa a \_\_\_\_\_ anni

Le mie mestruazioni sono:

regolari intervallo:  meno di 25gg  tra i 25 ed i 30 gg  oltre 30gg

irregolari

Non ho dolori mestruali  Si ho dolori mestruali abbastanza importanti

Non ho mai usato contraccettivi

Ho usato in passato contraccettivi per n° \_\_\_\_\_ anni / fino al \_\_\_\_\_

Non ho mai avuto figli  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

Si, 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 Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Comune di Residenza \_\_\_\_\_

Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Stato Civile (coniugata, nubile o convivente) \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

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

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- :

Non assumo farmaci

Non Fumo

Non bevo alcolici

Peso attuale \_\_\_\_\_ Kg

Non ho mai avuto figli

Ho avuto n° \_\_\_\_\_ figli

Aborti della partner

Non ho allergie

Si, assumo i seguenti farmaci: \_\_\_\_\_

Si Fumo n° \_\_\_\_\_ sigarette al dì

Si (specificare) \_\_\_\_\_

Altezza \_\_\_\_\_ cm

con attuale partner       con precedente partner

con attuale partner       con precedente partner

Si, ho le seguenti allergie: \_\_\_\_\_

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