



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 Sì, assumo i seguenti farmaci: _____

Non Fumo Sì Fumo n° _____ sigarette al dì

Non bevo alcolici Sì (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 Sì 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

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 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

Sì, assumo i seguenti farmaci: _____

Sì Fumo n° _____ sigarette al dì

Sì (specificare) _____

Altezza _____ cm

con attuale partner con precedente partner

con attuale partner con precedente partner

Sì, ho le seguenti allergie: _____

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