

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CICLO DE ESTIMULACIÓN

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

CLÍNICA \_\_\_\_\_ N° de registro (Reservado FNR): \_\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTO SOLICITADO:

Ciclo de estimulación                      Número de ciclo solicitado:    1     2     3

**Técnica propuesta:**             Tratamiento con gametos propios             Tratamiento con ovocitos propios  
 Tratamiento con ovodonación             Tratamiento con semen donado  
 Útero subrogado                                     Biopsia testicular

### MEDICO TRATANTE (Clínica de fertilidad):

N° de caja profesional \_\_\_\_\_ N° de C.I. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y las clínicas, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

### DATOS DE LA PAREJA:                      No    Si

Nombre : \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      **Sexo:**  Femenino     Masculino

Consumo de drogas (último mes):     No     Si                      Tabaco     Si     No    Alcohol     Si     No  
Cocaína     Si     No                      Marihuana  Si     No

### SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE LA PACIENTE

Talla (cm): \_\_\_\_\_    Peso (kg): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_                      IMC: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Consumo de drogas (último mes):     No     Si                      Tabaco     Si     No    Alcohol     Si     No  
Cocaína     Si     No                      Marihuana  Si     No

Histerectomía:                       Si     No                      Factor uterino severo:     Si     No

Factor psico-sexual severo:     Si     No

Tiempo de duración de la infertilidad (meses): \_\_\_\_\_

Tiene hijos vivos?     No     Si    Cuantos con pareja anterior: \_\_\_\_\_                      Cuantos con pareja actual: \_\_\_\_\_

**Reserva ovárica:**

- Reserva ovárica normal
- Baja reserva ovárica
- Insuficiencia ovárica prematura

Conteo folicular por eco transvaginal:

Número de folículos: \_\_\_\_

Catalogada como respondedora:

- Alta
- Baja
- Normal

Dosificaciones hormonales:

FSH (mUI/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
E<sub>2</sub> (pg/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

LH (mUI/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
HAM (ng/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Factor tubario**

- Obstrucción tubaria bilateral
- Obstrucción tubaria unilateral
- Sin factor tubo-peritoneal

**Endometriosis**

- Presencia de endometriosis
- Ausencia de endometriosis

**Factor masculino:**

- Azoospermia ó Criptoospermia
- Progresivos < 15%
- Morfología < 4%
- Recuento de espermatozoides < 10,000,000/cc
- Recuento espermático móvil < 3,000,000
- Factor Masculino normal

Espermatograma basal:

Recuento \_\_\_\_\_  
MOV A+B (%): \_\_\_\_\_  
Morfología normales (%): \_\_\_\_\_  
Morfología anormales (%): \_\_\_\_\_  
Swim-up:  
Recuento \_\_\_\_\_  
MOV A+B (%): \_\_\_\_\_

**MEDICACION**

Estimulación ovárica de la paciente:  No  Si

Bloqueo hipofisario con:  Agonista  Antagonista

Triptorelina (mg/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Cetrorelix (mg): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Tipo de supresión:  Supresión con fase lútea previa  Suspensión con inicio de estimulación

Dosis inicial de gonadotropinas

FSHu (UI) \_\_\_\_\_ FSHr Alfa (UI) \_\_\_\_\_ HMG (UI) \_\_\_\_\_

FSHr Beta (UI) \_\_\_\_\_ HMG UP (UI) \_\_\_\_\_

Días estimados de la estimulación: \_\_\_\_\_

Estimulación ovárica de la donante:  Si  No

Preparación endometrial de la receptora:  No  Si

Leuprolide (mg/mL): \_\_\_\_\_ Triptorelina (mg/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**UTERO SUBROGADO:**

Utero subrogado:  No  Si

Nombre subrogante: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Vínculo:  hermana  cuñada

Antecedentes de subrogante: Embarazo no complicado  Si  No  
Nacido vivo  Si  No

Evaluación psicológica de subrogante:  Si  No