# FORMULARIO DE SOLICITUD DE CICLO DE ESTIMULACIÓN

FECHA: ___/___/_____

**Nombre de la paciente** _____ **C.I.**_____

**Edad:** _____ años

**CLÍNICA** _____ **Nº 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
☐ Diagnóstico genético preimplantacional

## MEDICO TRATANTE (Clínica de fertilidad):

Nº de caja profesional_____ N° de C.I._____

Nombre _____ Firma _____

## 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: __

INGRESO POR SISTEMA

**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): __ __ __ , __ __
$E_2$ (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 Criptozoospermia
☐ 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 (%): __ __

**Diagnóstico genético preimplantacional:**

**PGT-M (estudio genético preimplantatorio para detección de enfermedades monogénicas)** ☐ **No** ☐ **Si**

Enfermedad o síndrome hereditario: _ _ (Ver tabla en Anexo)

**PGT-SR (estudio genético preimplantatorio para rearreglos cromosómicos)** ☐ **No** ☐ **Si**

Translocaciones ☐ No ☐ Si
Inversiones ☐ No ☐ Si

Estudio de Informatividad ☐ No ☐ Si

**PGT- A (estudio genético preimplantatorio para detección de aneuploidías)** ☐ **No** ☐ **Si**

Aborto recurrente ☐ No ☐ Si
Fallo recurrente de implantación ☐ No ☐ Si
Con anomalías numéricas o estructurales de cromosomas sexuales ☐ No ☐ Si

INGRESO POR SISTEMA

## 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 ☐ Suspresión 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

INGRESO POR SISTEMA

## ANEXO:

Agrupación de enfermedades o síndromes hereditarios propuestos:

1- Enfermedades neurológicas hereditarias
2- Osteodisplasias, colagenopatías y enfermedades dérmicas
3- Cardiopatías hereditarias
4- Enfermedades hematológicas hereditarias
5- Enfermedades metabólicas o endocrinas
6- Enfermedades renales hereditarias
7- Oculopatías hereditarias.
8- Mutaciones monogénicas que predisponen a cáncer hereditario (Sindrome de Lynch, ATM, POT1, BRCA1,2, TP53 entre otras)
9- Sindromes polimalformativos, con afectación multisistémica
10- Hipoacusias hereditarias, sindrómicas y no sindrómicas
11- Portadores de mutación en gen GALT
12- Portador de mutación en gen MEN1
13- Deleción en exón del gen VHL
14- Alelo permutado de 76 repeticiones CGG del gen FMR
15- Mutación de gen AMPD2
16- Mutación de gen MEN1
17- Ambos portadores heterocigotos de mutación en gen CFTR

INGRESO PC