

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO  
REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD**

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

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino **CLÍNICA** \_\_\_\_\_

**Procedimiento solicitado:**  Tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad

**Técnica propuesta:**  Tratamiento con gametos propios  Tratamiento con ovocitos propios  
 Tratamiento con ovodonación  Transferencia con embriones propios  
 Tratamiento con semen donado  Transferencia con embriones donados  
 Útero subrogado  Biopsia testicular  
 Diagnóstico genético preimplantacional

**MEDICO SOLICITANTE (Institución de origen de la paciente):**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nº de C.I. \_\_\_\_\_

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

**MEDICO TRATANTE (Clínica de fertilidad):**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nº de C.I. \_\_\_\_\_

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

**DIAGNÓSTICO:**  Infertilidad femenina  Infertilidad masculina  
 Infertilidad mixta  ESCA

**ETIOLOGÍA DE LA INFERTILIDAD**

**Ovulación:**

Anovulación  Disfunción ovulatoria  Ovulación normal

**Dosificaciones hormonales:**

TSH (mUI/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Prolactina: (ng/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Dosificación hormonal día 3**

Estradiol (pg/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ FSH (mUI/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ LH (mUI/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Dosificación hormonal día 21**

Progesterona (ng/mL): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Reserva ovárica:  Normal  Baja

**Factor masculino:**  Si  No

**Factor tubario:**       No     Si  
    Obstrucción     No     Si             Unilateral     Bilateral  
    Adherencias     Si     No  
    Hidrosalpinx     No     Si             Tratado         No tratado

**Endometriosis:**     Si     No

**ESCA:**                 No     Si            Duración en años: \_\_\_ \_\_\_

**Diagnóstico genético preimplantacional:**

PGT-M (estudio genético preimplantatorio para detección de enfermedades monogénicas)     No     Si  
 PGT-SR (estudio genético preimplantatorio para detección de rearrreglos cromosómicos)     No     Si  
 PGT-A (estudio genético preimplantatorio para detección de aneuploidías)                     No     Si

**Otros:**                     No     Si    Especificar: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

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

Esterilidad previa voluntaria:     Si     No

Embarazos previos:                 Si     No

Nacidos vivos:                       Si     No

Inseminaciones previas:            No     Si            Cantidad: \_\_\_ \_\_\_

Consumo de drogas (últimos 6 meses):             No     Si

    Tabaco             Si     No            Alcohol             Si     No  
    Cocaína           Si     No            Marihuana         Si     No

Evaluación psicológica:             Si     No

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

**CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_