

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

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 _____

Los datos en este formulario deben ser completados por el médico solicitante del procedimiento. 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.

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

