

# Formulario de Ingreso.

## Programa de Fertilización Asistida.

### DATOS DEL PACIENTE

#### DATOS DE AMBOS MIEMBROS DE LA PAREJA DE CORRESPONDER

<b>1. Nombre y Apellido:</b>		
Edad	Fecha de nacimiento:	Sexo:
Nº Afiliado:	Otra Obra Social:	
Edad		
<b>2. Nombre y Apellido</b>		
Edad	Fecha de nacimiento:	Sexo:
Nº Afiliado:	Otra Obra Social:	
Edad		
¿Tiene hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Hijos en común? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos? <input type="text"/>

#### HISTORIA CLÍNICA A COMPLETAR POR EL GINECÓLOGO

Antecedentes personales femeninos			
Cirugías:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de cirugía:	
DBI:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	DBI:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tabaquismo:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Síndrome metaból Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros:			
Antecedentes personales familiares:			
Antecedentes ginecológicos:			
<b>1. FUM:</b> ...../...../.....		<b>3. Ttos de FA previo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>2. Gestas previas:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>4. fechas:</b> ...../...../.....	
<b>3. Tipotto FA previo :</b> Baja <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>			

#### ESTUDIOS RESPALDATORIOS

Femenino	Masculino
Dosajes hormonales (FSH, LH, E2, Prolactina TSH, T4, DHEAS, Androstenediona, Insulinemia).	Espermograma, Espermocultivo.
Grupo y Factor	Serología, HID, VDRL, HE



# Formulario de Ingreso.

## Programa de Fertilización Asistida.

Serología HIV, Hepatitis B, VDRL			
Hormona Antimülleriana (en caso de ser necesario)			
Coagulograma			
Estudio de Trombofilia, en mujeres con más de dos abortos previos.			
Mamografía/eco mamaria, según corresponda.			
PAP			
Ecografía ginecológica transvaginal			
Histerosalpingografía o histerosonografía			
Diagnóstico de causa de esterilidad:			

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:
MPRN:
Firma y sello:

Tipo de tratamiento solicitado (alta o baja complejidad) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_