



Gruppo Consulenti di Fertilita'

Lei ha cicli mestruali?..... Se la risposta è no prego ignori le seguenti domande.

I suoi cicli sono regolari?

Abitualmente quanto tempo durano?

Quando era il suo ultimo periodo e per quando aspetta il prossimo?

L'emorragia è ricca?

Quando era durata la sua ultima emorragia?

Si vede presenza di bruffoli durante i suoi cicli?

Ha fatto un' esteroscopia?

Se la risposta è si, come era performata e dove sono i risultati degli esami?

Fa uso regolare di farmaci? Se si, quali?

.....
.....

Sono stati diagnosticati in qualunque momento della sua vita, problemi di carattere immunitario?

Ha controllato la sua ghiandola tiroide?

Ha controllato i suoi livelli di prolactina?

Ha fatto controlli per problemi di coagulazione del sangue(trombosi) ?

Ha fatto qualche volta esami per clamidia?

Ha qualche altro tipo di problemi di salute che ci si devono notificare? (allergie incluse).



PIANO DI TRATTAMENTO:

Quando desidera ricevere il trattamento (mese / anno)

Se desidera usare Uova Donate prego descrivere brevemente come sarebbe la donatrice ideale per lei.

Per aiutarci di fare un'ottima scelta prego scriva sotto i criteri che vuole, cominciando dal piu importante e continuando.



Gruppo Consulenti di Fertilità'

Nome del marito / partner:.....

Data di nascita:.....

Storia della sua salute:

Scrivere possibili malattie che ha avuto lui o i membri della sua famiglia.

E' stato padre per qualche gravidanza?

Se si, quanti bambini sono nati?

Ha controllato ultimamente il suo sperma?

Se si, descriva (riporta) i risultati : a. numero/ml.....

b. mobilità.....

c. morfologia.....

Ha fatto un controllo di cariotipo?

E' stato controllato per mutazioni geniche di fibrosi cistica?