

Opitergium Medica srl

di P. Melloni, F. Tomei e F. Nenzi

Poliambulatorio

Specialistico

direttore sanitario
dott.ssa F. Nenzi

Gentili Signori
in attesa di essere ricevuti per un primo colloquio per infertilità coniugale presso Centro di Medicina di San Donà di Piave (VE), di Pordenone od Opitergium Medica di Oderzo (TV), il giornoalle ore , Vi proponiamo di dedicare qualche ora del Vostro tempo per prepararVi al meglio alla consulenza e preparando la documentazione sanitaria già in Vostro possesso, oltre a quella qui di sotto esplicitata, portandola il giorno del colloquio in “fotocopia”.

- ▶ E’ preferibile che al colloquio siano presenti entrambi i partner
- ▶ **Avvisare la segreteria almeno 48 ore prima se non potete venire al colloquio**

Per la Partner ♀

AL COLLOQUIO LE SUGGERISCO VIVAMENTE DI PORTARMI:

- foglio anagrafico e storia sanitaria, allegato alla presente, debitamente e tranquillamente compilato a domicilio (Le suggerisco di dedicare qualche ora alla compilazione consultando anche le varie documentazioni sanitarie in Suo possesso)
- dosaggio AMH (ormone anti-Mulleriano)
- ultimo controllo ginecologico con visita con ecografia ginecologica e Pap Test

Inoltre, se già eseguiti mi porti anche:

- Emocromo, Gruppo Sanguigno con fattore Rh, Rubeotest (IgG e IgM), Toxotest (IgG e IgM), Citomegalovirus (IgG e IgM)
- Referti di valutazioni tubariche (Isterosalpingografia, ecosonoisterografia, laparoscopia)
- Relazioni di precedenti tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita
- Ogni altra documentazione che Lei ritenga opportuno farmi visionare

Per il Partner ♂

AL COLLOQUIO LE SUGGERISCO VIVAMENTE DI PORTARMI:

- foglio anagrafico e storia sanitaria, allegato alla presente, debitamente e tranquillamente compilato a domicilio (Le suggerisco di dedicare qualche ora alla compilazione consultando anche le varie documentazioni sanitarie in Suo possesso)
- Esame seminale (spermiogramma)

Inoltre, se già eseguiti mi porti anche:

- Emocromo, Gruppo Sanguigno con fattore Rh,
- Referti di valutazioni andrologiche (visite, dosaggi ormonali, ecografie genitali)
- Ogni altra documentazione che Lei ritenga opportuno farmi visionare

SCHEMA COPPIA

FOGLIO ANAGRAFICO E STORIA SANITARIA DELLA PARTNER ♀

♀ Cognome e Nome _____
Data di Nascita _____ Luogo _____
Cittadinanza _____ Comune di Residenza _____
Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ e-mail _____
Stato Civile (coniugata o convivente) _____
Titolo di Studio _____
Professione _____
Codice Fiscale _____
Medico di Base Dott. _____ tel. _____
Ginecologo di Fiducia Dott. _____ tel. _____
Medico Inviante Dott. _____ tel. _____

COL MIO PARTNER CERCHIAMO UNA GRAVIDANZA DAL mese _____ / anno _____

- Nella mia famiglia d'origine non vi sono malattie importanti
 Nella mia famiglia d'origine vi sono le seguenti malattie (ipertensione, diabete, cardiopatie, coagulopatie, neoplasie etc.)

Menopausa della madre all'età di anni Madre di anni Non ancora in menopausa

- Nel mio passato non ho avuto malattie importanti, né ricoveri
 Nel mio passato ho avuto le seguenti malattie importanti o ricoveri:

PARA

- Non ho mai avuto interventi chirurgici
 Ho avuto i seguenti interventi chirurgici:

Opitergium Medica srl

di P. Melloni, F. Tomei e F. Nenzi

Poliambulatorio

Specialistico

direttore sanitario
dott.ssa F. Nenzi

- Non assumo farmaci
- Sì, assumo i seguenti farmaci:

- Non Fumo
- Non bevo alcolici
- Peso attuale _____ Kg
- Altezza _____ cm
- Si Fumo n° _____ sigarette al dì
- Si (specificare) _____
- Body Max Index _____
- La mia prima mestruazione l'ho avuta circa a _____ anni
- Le mie mestruazioni vengono regolarmente o comunque tra i 24 ed i 32 giorni
- Le mie mestruazioni vengono non prima dei 33 giorni e non oltre i _____ giorni
- Non ho dolori mestruali
- Sì ho dolori mestruali abbastanza importanti che si risolvono con l'inizio del flusso
- Sì ho dolori mestruali abbastanza importanti che non si risolvono con l'inizio del flusso
- Sì ho dolori mestruali abbastanza importanti che aumentano nei giorni del flusso
- Ho/non ho dolori ai rapporti
- Ho/non ho dolori ad urinare
- Ho/non ho dolori alla defecazione
- Non ho mai usato contraccettivi
- Ho usato in passato i seguenti contraccettivi _____ in totale per n° _____ anni, fino al _____
- Non ho mai avuto figli
- Non ho mai avuto aborti
- Ho avuto n° _____ figli
- con attuale partner
- con precedente partner
- Ho avuto n° _____ aborti
- con attuale partner
- con precedente partner
- Non ho allergie
- Sì, ho le seguenti allergie:

- Non abbiamo mai eseguito tecniche di riproduzione assistita
- Sì abbiamo eseguito n° _____ Inseminazioni intrauterine, n° _____ FIVET/ICSI n° _____ a fresco e n° _____ da ovociti/embrioni congelati, n° _____ PMA eterologhe

Con la sottoscrizione confermo la correttezza dei miei dati sanitari sopra riportati

Firma della Partner _____

Firma del medico che ha rivalutato, con la paziente, la storia clinica sopra riportata _____

Opitergium Medica srl

di P. Melloni, F. Tomei e F. Nenzi

Poliambulatorio

Specialistico

direttore sanitario
dott.ssa F. Nenzi

FOGLIO ANAGRAFICO E STORIA SANITARIA DEL PARTNER ♂

♂ Cognome e Nome _____
Data di Nascita _____ Luogo _____
Cittadinanza _____ Comune di Residenza _____
Comune, Provincia ed Indirizzo del domicilio _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ e-mail _____
Stato Civile (coniugato, celibe o convivente) _____
Titolo di Studio _____
Professione _____
Codice Fiscale _____
Medico di Base Dott. _____ tel. _____
Medico Inviante Dott. _____ tel. _____

- Nella mia famiglia d'origine non vi sono malattie importanti
- Nella mia famiglia d'origine vi sono le seguenti malattie (ipertensione, diabete, cardiopatie, coagulopatie, neoplasie etc.)

- Nel mio passato non ho avuto malattie importanti, né ricoveri
- Nel mio passato ho avuto le seguenti malattie importanti o ricoveri:

- Non ho mai avuto interventi chirurgici
- Ho avuto i seguenti interventi chirurgici:

- Non assumo farmaci
- Sì, assumo i seguenti farmaci:

Opitergium Medica srl

di P. Melloni, F. Tomei e F. Nenzi

Poliambulatorio

Specialistico

direttore sanitario

dott.ssa F. Nenzi

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non Fumo | <input type="checkbox"/> Si Fumo n° _____ sigarette al di |
| <input type="checkbox"/> Non bevo alcolici | <input type="checkbox"/> Si (specificare) _____ |
| <input type="checkbox"/> Peso attuale _____ Kg | <input type="checkbox"/> Altezza _____ cm <input type="checkbox"/> BMI _____ |
| <input type="checkbox"/> Non ho mai avuto figli | |
| <input type="checkbox"/> Ho avuto n° _____ figli | <input type="checkbox"/> con attuale partner <input type="checkbox"/> con precedente partner |
| <input type="checkbox"/> Aborti della partner | <input type="checkbox"/> con attuale partner <input type="checkbox"/> con precedente partner |
| <input type="checkbox"/> Non ho allergie | |
| <input type="checkbox"/> Sì, ho le seguenti allergie: | |

Con la sottoscrizione confermo la correttezza dei miei dati sanitari sopra riportati

Firma del Partner _____

Firma del medico che ha rivalutato, con la paziente, la storia clinica sopra riportata

Conclusioni diagnostiche:

Proposta terapeutica:

- | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1° livello | <input type="checkbox"/> 2° livello | <input type="checkbox"/> 3° livello | <input type="checkbox"/> Omologa | <input type="checkbox"/> Eterologa Ovo-D | <input type="checkbox"/> Eterologa Seme-D |
| <input type="checkbox"/> con ovociti a fresco | <input type="checkbox"/> da ovociti scongelati | <input type="checkbox"/> da embrioni scongelati | | | |
| <input type="checkbox"/> con seme fresco | <input type="checkbox"/> con seme crio conservato | | | | |

SIAMO A CONOSCENZA CHE E' POSSIBILE DONARE O RICEVERE GAMETI (OVOCITI/SPERMATOZOI) .
QUALORA SI VERIFICASSE LA NECESSITA' :

- ♀ sono / non sono disponibile a donare ovociti
- ♂ sono / non sono disponibile a ricevere ovociti donati
- ♂ sono / non sono disponibile a donare spermatozoi
- ♂ sono / non sono disponibile a PMA con spermatozoi donati

Ciò a titolo puramente di sondaggio

Oderzo (TV) / San Donà di P.ve (VE) / Pordenone, lì.....

Dott. Francesco Tomei

Ultima Revisione 20/03/2020