GENNET

FORMULARIO TERAPEUTICO DELLA PAZIENTE

Per un trattamento efficace e´ fondamentale avere l´informazione accurata, che consente ai nostri medici di scegliere la strategia terapeutica piu´adatta ad ogni paziente. Questo modulo e´stato elaborato allo scopo di ottenere tutte le informazioni necessari. Vivamente consigliamo di fornirci tutte le informazioni possibili. Vi preghiamo di allegare al presente formulario tutta la documentazione necessaria (referti relativi ai trattamenti precedenti, esami clinici o interventi).
La colonna sinistra e´riservata ai dati riguardanti la paziente femminile e quella a destra a quelli del partner maschile.
Non preoccupatevi se non riuscirete a fornire la risposta a tutti i quesiti, sopratutto se si tratta del primo trattamento. Alcuni test, quali per esempio spermiogramma oppure esami del sangue possono essere eseguiti anche nel corso della prima visita presso la nostra clinica.
Tutte le risposte nel presente modulo sono facoltative e sono trattate con maxima riservatezza. Il modulo potete invare via fax o per posta elettronica prima del primo colloquio presso la nostra clinica.
Fax: +420 242 456 787, E-mail: ivf@gennet.eu

NOME DELLA PAZIENTE

PARTE I: TRATTAMENTO

	Femmina	Maschio
Nome:		
Cognome:		
Titolo:		
Nome da nubile:		
Data di nascita:		
Indirizzo:		
Citta´:		
CAP:		
Nazione:		
Nazionalita´:		
Numero ID:		
Telefono/cellulare:		
E-mail:		

Informazioni facoltative:

Occupazione:		
Livello d´istruzione:		

Come siete venuti a conoscenza di Gennet?

- ☐ Internet (citate la fonte, per cortesia)
- ☐ Stampa - televisione
- ☐ Amici

PARTE II: INFORMAZIONI DI BASE

Femmina	Maschio
Gruppo sanguigno e fattore Rh:	Gruppo sanguigno e fattore Rh:
Fenotipo: ☐ Nordico ☐ Mediterraneo ☐ Orientale ☐ Afro ☐ Asiatico ☐ Caucasico ☐ Altro	Fenotipo: ☐ Nordico ☐ Mediterraneo ☐ Orientale ☐ Afro ☐ Asiatico ☐ Caucasico ☐ Altro
Altezza cm Peso kg	Altezza cm Peso kg
Fumatrice? ☐ Sí ☐ No Se fumatrice, quante sigarette al giorno?	Fumatore? ☐ Sí ☐ No Se fumatore, quante sigarette al giorno?

PARTE III: ANAMNESI FAMILIARE

Patologie in famiglia quali per es: tumore, diabetes, patologie cardiache, embolia, trombosi ☐ Sí ☐ No Se patologie, quali e chi nella famiglia ha sofferto di questa malattia, tipo di terapia?	Patologie in famiglia quali per es: tumore, diabetes, patologie cardiache, embolia, trombosi ☐ Sí ☐ No Se patologie, quali e chi nella famiglia ha sofferto di questa malattia, tipo di terapia?
Malattie geneticamente determinate nella famiglia? ☐ Sí ☐ No Se patologie, quali e chi nella famiglia ha sofferto di questa malattia?	Malattie geneticamente determinate nella famiglia? ☐ Sí ☐ No Se patologie, quali e chi nella famiglia ha sofferto di questa malattia?

PARTE IV: ANAMNESI PERSONALE

Femmina	Maschio
Soffre di qualche malattia cronica es. diabetes, malattie cardiache, la tiroide?	Soffre di qualche malattia cronica es. diabetes, malattie cardiache, la tiroide?
Si e´sottoposta ad un´operazione ginecologica? ☐ Sí ☐ No Se sí, quando e quale e´stato il risultato?	

Allergie

Per favore, scriva le Sue allergie:	

Farmaci

Assume dei farmaci? (compresi antidolorifici, contraccettivi, antiallergici...etc.) ☐ Sí ☐ No In caso di sí, quali:	

Anestesia

Si e´sottoposta mai ad anestesia totale? ☐ Sí ☐ No In caso di sí, ha avuto delle complicazioni?	Si e´sottoposto mai ad anestesia totale? ☐ Sí ☐ No In caso di sí, ha avuto delle complicazioni?

Vaccinazione

Scriva, per favore, contro quale malattie e´stata vaccinata – es. Rosolia Vaccinazione: Data: Vaccinazione: Data: Vaccinazione: Data: Vaccinazione: Data:	

PARTE V: ANAMNESI GINECOLOGICA

Femmina	Maschio
Quando ha avuto il primo ciclo mestruale (menarca)?	Ha fatto lo spermiogramma? ☐ Sí ☐ No In caso di sí, prego, di scrivere quando e quale e´stato il risultato. Risultato : Data :
Il Suo ciclo e´regolare? ☐ Sí ☐ No Data dell´ultima mestruazione:	Ha problemi di erezione o eiaculazione? ☐ Sí ☐ No
Durata del Suo ciclo: Durata delle perdite mestruali:	Ha ritenzione testicolare, lesioni o altri disturbi testicolari?(infiammazioe)
Assume contraccezione oppure altri farmaci ormonali? ☐ Sí ☐ No Se sí, da quando:	Si e´mai sottoposto a prelievo spermatico con biopsia MESA o TESE? ☐ Sí ☐ No
Numero di gravidanze: Numero di parti: di quali con operazione: Numero di aborti: Revisione di cavita´uterina dopo parto o aborto:	Vi sono casi pregressi d´infertilita´nella Sua famiglia? ☐ Sí ☐ No
Ha avuto mai una malattia ginecologica con l´intervento chirurgico? ☐ Sí ☐ No Se sí, quale e quando:	
Esami ginecologici precedenti (motivo, data):	
Ha o ha avuto in passato malattie sessualmente trasmissibili? (prego di indicie il tipo di malattia, data, tipo di trattamento, risultati) ☐ Sí ☐ No	Ha o ha avuto in passato malattie sessualmente trasmissibili? (prego di indicie il tipo di malattia, data, tipo di trattamento, risultati) ☐ Sí ☐ No

PARTE VI.: INFERTILITA´

Da quale tempo tenta di avere una gravidanza:

Tipo d´infertilita´: ☐ positivo ☐ negativo

A quanti ART cicli si e´sottoposta? (prego di scrivere la data ed il risultato)

IUI:

IVF:

ICSI:

Si e´sottoposta ad altri trattamenti contro infertilita´?

Ha avuto mai delle complicazioni durante la stimolazione, durante l´embriotrasferimento oppure ha stenosi vaginale?

☐ Sí ☐ No

Prego di scrivere tipo di complicazioni:

Prego di allegare tutta la documentazione riguardante i vostri tentativi precedenti. Le informazioni importaci di ogni ciclo sono:

1. L´anno di trattamento
2. Clinica
3. Metodo usato (IUI, IVF, ICSI, FET, dárce):
4. Piano terapeutico e farmaci supplementari
5. OPU dopo quanti giorni?
6. Quanti follicoli/ovociti prelevati?
7. Quanti ovociti fecondati?
8. Procedure usate (ICSI, IMSI, AH, coltivazione prolungata, etc.)
9. Quanti embrioni trasferiti/crioconservati?
10. Problemi durante l´embriotrasferimento o dopo?
11. Altri farmaci assunti esclusi farmaci del piano terapeutico?

Trattamento desiderato alla GENNET

☐ ART (IUI, IVF, ICSI)

☐ FET (Frozen Embryo Transfer)

☐ MESA / TESE

☐ PROGRAMMA DONATORI

PARTE VII: ESAMI

Esami necessari:

Esamo citologico – Pap test ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	
Esami ormonali del giorno 2-5 del ciclo (analisi dovrebbe contenere: FSH, LH, estradiolo, testosterone, prolaktina, DHEA, SHB G, anti Miller Hormon - AMH) ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato (necessario nel caso in cui vuole sottoporsi al trattamento con propri ovociti)	

Epatite B (HBsAG, anti HBcIgG) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	Epatite B (HBsAG, anti HBcIgG) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato
Epatite C (HCV-RNA) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	Epatite C (HCV-RNA) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato
HIV ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	HIV ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato
Chlamidia trachomatis (PCR) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	Chlamidia trachomatis (PCR) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato
Sifilide (TPHA) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato	Sifilide (TPHA) ☐ positivo ☐ negativo Data: Prego di allegare il risultato
Esami raccomandati:	
Esame genetico, esame di cromosomi, inclusa aalisi dei fattori di coaugulazione, fattore V Leiden, Fattore II o MTHR mutazione ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato	Esame genetico, esame di cromosomi, inclusa aalisi dei fattori di coaugulazione, fattore V Leiden, Fattore II o MTHR mutazione ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato
Esame immunologico ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato	Esame immunologico ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato
Test tiroidei (TSH, fT3, fT4) ☐ Sí ☐ No Data Prego di allegare il risultato Soffre di squilibri ormonali? (es. Hahimoto, ipo o ipertiroidismo) ☐ Sí ☐ No	