Medifé

SISTEMA TUTELAJE – SUR
REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA – RMA

Fecha de confección del informe : _____ / _____ / _____

Beneficiaria: _____ ____ CUIL N°: _____

Obra Social : _____

CONCEPTOS

Módulo 1

☐ Estimulación ovárica con monitoreo sin desarrollo de ovocitos.

Módulo 2

☐ Ciclo Completo de FIV o ICSI: Incluye inducción, monitoreo, punción, fertilización y transferencia de embriones. De ser requerida comprenderá la donación de gametos.

Fecha de Tratamiento: _____ / _____ / _____

Co - Morbilidades: _____

Establecimiento: _____

MEDICACIÓN

- ☐ Gonadotrofina Menopausica Humana
- ☐ Gonadotrofina Corionica
- ☐ Gonadotrofina Foliculoestimulante (FSH)
- ☐ Buserilina
- ☐ Nafarelina
- ☐ Ganirelix
- ☐ Cetrorelix
- ☐ Progesterona
- ☐ Corifolitropina Alfa
- ☐ Leuprolide

MOTIVOS

- ☐ Desórdenes en la ovulación
- ☐ Alteración de las trompas de Falopio
- ☐ Alteración uterinas o peritoneales
- ☐ Alteración masculinas
- ☐ Infertilidad sin causa aparente (ESCA)
- ☐ Criopreservación de embriones
- ☐ Fallos previos con otras técnicas
- ☐ Otros

_____

Firma y sello médico

SISTEMA TUTELAJE – SUR
REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA – RMA

INTENTOS PREVIOS

☐ SI ☐ NO

Baja complejidad ☐ Cantidad de intentos ☐

Alta complejidad ☐ Cantidad de intentos ☐

FIV ☐

ICSI ☐

OVODONACIÓN ☐

ORIGEN DE GAMETOS

Origen de semen Homólogo ☐ Donante ☐

Origen de óvulos propios ☐ Donante ☐

Embrión criopreservado SI ☐ NO ☐

COMPLICACIONES

☐ Enfermedades de transmisión sexual con lavados positivos

☐ Respuesta folicular excesiva

☐ Síndrome por hiperestimulación ovárica

☐ Embarazo múltiple

☐ Otros

RESULTADO

☐ Abandono por decisión del paciente

☐ Cancelación por riesgo de estimulación ovárica y/o los efectos adversos de la medicación

☐ Ciclo sin desarrollo folicular

Transferencia de Embriones SI ☐ NÚMERO ☐ NO ☐

Embarazo SI ☐ ÚNICO ☐ NO ☐

MÚLTIPLE ☐

Nacimiento SI ☐ CANTIDAD ☐ NO ☐

	Nacimiento 1	Nacimiento 2	Nacimiento 3
Edad gestacional			
Peso Nacimiento			
Internación Neonatal (UTI)			

NOTA:

Firma y sello médico