



ESAMI DONNA

Paziente: _____

ESAMI GENERALI/ORMONALI

- | | DATA | DATA |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> FSH _____, LH _____, AMH _____ (entro il 5° giorno del ciclo) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prolattina _____, TSH _____, (da eseguire il 21° giorno del ciclo) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Progesterone _____, Estradiolo _____ (da eseguire il 21° giorno del ciclo) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Emocromo, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, PT, PTT | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Transaminasi, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi. | _____ | _____ |

ESAMI COLTURALI (validità 6 mesi)

- Tampone vaginale (colturale + Trichomonas) e cervicale (micoplasma, Chlamydia, Neisseria) _____

ESAMI VIROLOGICI validità 3 mesi. (Se 2° ciclo entro l'anno, validità 6 mesi)

- | | | |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> HBsAg (DNA in caso di positività); <input type="checkbox"/> HBsAb; <input type="checkbox"/> HBeAg. | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HCV (RNA in caso di positività) _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> TPHA/VDRL | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ab Anti Rosolia: <input type="checkbox"/> IgG _____ <input type="checkbox"/> IgM _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ab Anti Toxoplasma <input type="checkbox"/> IgG _____ <input type="checkbox"/> IgM _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ab Anti Cytomegalovirus <input type="checkbox"/> IgG _____ <input type="checkbox"/> IgM _____ | _____ | _____ |

ESAMI DIAGNOSTICI validità 1 anno)

- PAP-TEST _____
- Ecografia mammaria e/o mammografia _____
- Elettrocariodgramma _____

ESAMI VARI (senza scadenza):

- Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

PANNELLO ESAMI GENETICI :

- Screening Fibrosi cistica, , Elettroforesi dell'emoglobina (HPLC), G6PDH (Favismo) _____
- SCREENING GENETICO MULTIPOLO DI MALATTIE EREDITARIE _____
- ALTRO: _____

ESAMI DIAGNOSTICI (senza scadenza):

- Isterosonografia / isterosalpingografia _____

IN CASO DI SOGGIORNO IN AREE A RISCHIO (negli ultimi 6 mesi):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Virus Zika _____ | <input type="checkbox"/> HTLV 1 _____ | <input type="checkbox"/> Cardiopatia reumatica _____ |
| <input type="checkbox"/> Malaria _____ | <input type="checkbox"/> T. Cruzi _____ | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

N.B.: Almeno di una assunzione di responsabilità scritta dei pazienti.

ESAMI / DIAGNOSTICA SU RICHIESTA SPECIFICA

- Esami poliabortività:** Fibrinogeno, Antitrombina III, Prot S, Prot C attiva, Resistenza alla Prot Cattivata
 Ab antinucleo, Ab anticardiolipina, Ab anti 2glicoproteina, Ab antiLupus coagulante
- Profilo PCO:** Testosterone, DHEA-S, Androstenedione, Cortisolo, 17-OH-Progesterone, SHBG
- Profilo diabete:** Insulina, emoglobina glicata, curva da carica glicemica e insulemica
- Profilo tiroide:** Ab antitireoglobulina, antitireoperossidasi, FT3, FT4
- MTHFR, PAI1 X fragile Isteroscopia Altro _____

CONTROLLO AIUTO MEDICO	Data :	Firma
CONTROLLO MEDICO CURANTE	Data :	Firma