



ESAMI DONNA

Paziente: _____

ESAMI ORMONALI / GENERALI

- FSH _____, LH _____, AMH _____ (entro il 5° giorno del ciclo)
- Prolattina _____, TSH _____ (da eseguire il 21° giorno del ciclo)
- Progesterone _____, Estradiolo _____ (da eseguire il 21° giorno del ciclo)
- Emocromo, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Transaminasi
- Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, PT, PTT

DATA

DATA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESAMI COLTURALI (validità 6 mesi)

- Tampone vaginale (colturale + trichomonas)
e cervicale (micoplasma, chlamydia, neisseria)

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

- HBsAg (DNA in caso di positività); ■ HBsAb; ■ HBcAb.
- HCV (RNA in caso di positività) _____
- HIV
- TPHA/VDRL
- Ab Anti Rosolia: ■ IgG _____ ■ IgM _____
- Ab Anti Toxoplasma ■ IgG _____ ■ IgM _____
- Ab Anti Cytomegalovirus ■ IgG _____ ■ IgM _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESAMI DIAGNOSTICI (validità 1 anno)

- Pap-test
- Ecografia mammaria e/o mammografia
- Elettrocardiogramma (con eventuale visita cardiologica)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESAMI VARI (senza scadenza):

- Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

PANNELLO ESAMI GENETICI :

- Mutazione genetica del Fattore V e II, G6PDH (Favismo) _____
- ALTRO: _____

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

- Virus Zika _____
- HTLV 1 _____
- Cardiopatia reumatica _____
- Malaria _____
- T. Cruzi _____
- 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 Isterosonografia Altro _____

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