



ESAMI DONNA

Paziente: _____

ESAMI ORMONALI / GENERALI

- | | DATA | DATA |
|--|-------|-------|
| ■ 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 | _____ | _____ |

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):

- | | | |
|---|---|--|
| <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 Isterosonografia Altro _____

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