



ESAMI DONNA

Paziente: _____

ESAMI GENERALI/ORMONALI

- | | 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, PT, PTT | _____ | _____ |
| ■ 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)

- 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 GENETICI / vari (senza scadenza):

- Gruppo sanguigno e fattore Rh _____
- Cariotipo _____
- Screening Fibrosi cistica _____
- Mutazione genetica del Fattore V e II _____
- Elettroforesi dell'emoglobina (HPLC) _____
- G6PD (Favismo) _____

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