

REGISTRO DE PAREJAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE BAJA O ALTA COMPLEJIDAD

Apellido y Nombre del Afiliado Titular:	
N° de Afiliado Titular:	
Apellido y Nombre del/la Cónyuge	
N° de Afiliado:	
Domicilio Actual: Calle	N°:
Barrio/Localidad:	
N° de Teléfono para contacto:	
Médico Tratante:	
Institución Tratante:	
Para la mujer: Peso:	Altura:
Está o estuvo en tratamiento por esterilidad?:	
Que tipo de tratamiento?:	
Ha tenido embarazos previos:	Cuantos?:
Algún embarazo llegó a término?:	

CUESTIONARIO

A.- Mujer

1.- Edad: Fecha de Nacimiento:

2.- Antecedentes Personales de Enfermedades

- a. Diabetes
- b. Hipertensión Arterial
- c. Hipertiroidismo
- d. Hipotiroidismo
- e. Ha tenido cirugías abdominales? (Detallar)
- f. Patología Psiquiátrica?
- g. Otras (Detallar)

3.- Causa de esterilidad Diagnosticada

- a. Ovulatoria
- b. Obstrucción de trompas
- c. Factor uterino
- d. Endometriosis
- e. Factor Cervical
- f. Mixta

Estos diagnósticos deben que ser avalados con los estudios correspondientes (Dosajes hormonales, Histerosalpingografía, Videolaparoscopia, Histeroscopia, Test postcoital).

A.- Varón

1.- Edad: Fecha de Nacimiento:

2.- Antecedentes Personales de Enfermedades (Detallar)

3.- Causa de esterilidad diagnosticada

a. Oligospermia

b. Astenospermia

c. Teratospermia

d. Azoospermia (obstructiva o secretoria)

e. Aneyaculación

f. Factor inmunológico

Estos diagnósticos deben ser corroborados con al menos un espermograma completo y dos en caso de azoospermia. Eventualmente biopsia de testículo para lo obtención de espermatozoides.

NOTA:

Ante la consulta telefónica o personal, se solicitarán los datos de identificación.

El Cuestionario será completado una vez que la pareja solicitante haya concretado los estudios correspondientes.

Las parejas que consulten sobre el programa, serán registradas en un archivo especial a tal efecto, a fin de efectuar el seguimiento de cada caso.