



## 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"/> HBcAb. | _____ | _____ |
| <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 \_\_\_\_\_
- Elettrocardiogramma (con eventuale visita cardiologica) \_\_\_\_\_

### ESAMI DIAGNOSTICI (senza scadenza):

- Isterosonografia / isterosalpingografia \_\_\_\_\_

### ESAMI GENETICI / vari (senza scadenza):

- Gruppo sanguigno e fattore Rh \_\_\_\_\_
- Cariotipo \_\_\_\_\_
- Screening Fibrosi cistica \_\_\_\_\_
- Fattore V e II \_\_\_\_\_
- Elettroforesi dell'emoglobina (HPLC) \_\_\_\_\_
- G6PD (Favismo) \_\_\_\_\_

### 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