

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

- 1.- Resumen de historia clinica emitida por medico especialista en medicina Reproductiva prestador de MET (en original). (ver anexo)
- 2.- Solicitud de la practica prescripta por medico especialista en medicina Reproductiva por prestador MET (en original).
- 3.- Informe preformado completado por medico internista del CENTRO MÉDICO MET (ver anexo) (en original).
- 4.- Informe preformado completado por especialista en salud mental (ver anexo).
- 5.- Acreditacion de residencia durante los ultimos 10 años en el pais. (ley 26862, articulo 32, inciso b) Puede acreditarse con copia de DNI.
- 6.- Firma de consentimiento (en original) (ver anexo).
- 7.- Copia de Informes de estudios realizados complementarios y/o justificativos del procedimiento a realizar firmado y sellado por profesional que lo realice. Según corresponda pueden ser: hormona antimulleriana, ecografía, histerosalpingografía, análisis cromosómico cariotipo, espermograma, biopsia de testículo, u otros.

Presentación de los formularios:

- Se debe cumplimentar con todos los requisitos cuando: se solicita tratamiento por primera vez, luego del último parto y cuando transcurran más de 12 meses sin realizar nuevos intentos.
- El formulario "RESUMEN DE HISTORIA CLINICA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA" se debe presentar actualizado cada vez que presente un nuevo pedido por intento ICSI/FIV.

Deberá presentar el legajo completo en las oficinas de atención al cliente para su auditoria. No se recibirán legajos incompletos.
Sede Nueva Córdoba: Obispo Oro 50 / Sede Cerro: Av. Rafael Núñez 5021 (frente a mujer urbana)

Aclaración: El informe de salud mental no debe ser presentado, el mismo será remitido por el profesional que lo efectúe.

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN MEDICAMENTAMENTE ASISTIDA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

DATOS FILIATORIOS

Apellido y Nombre de la Paciente:

Edad:

DNI:

Obra Social:

Peso:

Talla:

IMC:

	SI	NO
EMBARAZOS NATURALES		
PARTOS/ CESAREAS:		
HIJOS:		

Antecedentes personales: _____

Listado completo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados: _____

Nº de intentos de baja complejidad: _____

Nº de intentos de alta complejidad: _____

CONCLUSIÓN CAUSA	SI	NO
DESÓRDENES EN LA OVULACIÓN		
ALTERACIÓN DE LAS TROMPAS DE FALLOPIO		
ALTERACIONES UTERINAS O PERITONEALES		
INFERTILIDAD SIN CAUSA APARENTE (ESCA)		
CRIORESERVACIÓN DE EMBRIONES		
FALLOS PREVIOS CON OTRAS TÉCNICAS		
OTROS		

ESTUDIOS REALIZADOS	SI	NO
HORMONA ANTIMULLERIANA		
ECOGRAFIA		
HISTEROSALPINGOGRAFIA		
ANÁLISIS CROMOSÓMICO CARIOTIPO		
OTROS		

REQUISITOS PARA SOLICITUD DE TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN MEDICAMENTAMENTE ASISTIDA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Apellido y Nombre del Hombre: Peso: Talla: IMC: Edad: DNI:
 Obra Social:

Antecedentes personales:

CONCLUSIÓN CAUSA DE ESTERILIDAD: SI NO

ESPERMOGRAMA		
BIOPSIA DEL TESTÍCULO		
OTROS		

ALTERACIONES MASCULINAS	SI	NO
INFERTILIDAD SIN CAUSA APARENTE (ESCA)		
CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES		
FALLOS PREVIOS CON OTRAS TÉCNICAS		
OTROS		

Conclusión y diagnóstico:

CÓRDOBA, _____ DE _____ DE 20 _____

 FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL
 ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA

DATOS FILATORIOS

Apellido y Nombre de la paciente:.....

Obra Social:.....

SI NO

APP		
AP QUIRURGICAS		
AP TOXICOS		

OBSERVACIONES

SI NO

AGObstet		
A ENDOCRINOLÓGICOS		
EX FÍSICOS		

Edad:.....

IMC:.....

SI NO

ENFERMEDADES QUE AUMENTAN EL RIESGO EN EL EMBARAZO, TANTO A LA MADRE COMO AL FRUTO DE LA CONCEPCIÓN SON:

SI NO

TABAQUISMO		
OBESIDAD		
ENDOCRINOPATIAS		

CONCLUSIÓN:

SI NO

DBT		
TROMBOFILIA		
PATOLOGÍAS CRÓNICAS		

OBSERVACIONES

DATOS FILATORIOS

Apellido y Nombre del Hombre:.....

Obra Social:.....

SI NO

AP QUIRURGICAS		
AP TOXICOS		

CONCLUSIÓN:

SI NO

A ENDOCRINOLÓGICOS		
EX FÍSICOS		

Edad:.....

IMC:.....

DNI:.....

OBSERVACIONES

CÓRDOBA, ____ DE _____ DE 20 ____

DATOS FILATORIOS

Apellido y Nombre de la paciente:..... Peso:..... Talla:..... IMC:..... Edad:..... DNI:.....
Obra Social:.....

ANTECEDENTES:

- 1.- INFORME DE EVALUACIÓN CON PSICODIAGNOSTICO.
- 2.- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS Y/O INTERNACIONES PREVIAS.
- 3.- TRATAMIENTOS CON DROGAS. CUALES, DOSIS, TIEMPO DE TOMA, FECHA DE FINALIZACION DEL TRATAMIENTO.
- 4.- ANTECEDENTES DE DEPRESION POST PARTO
- 5.- OTRAS.

CONCLUSIÓN. ESTADO DE APTITUD.

RECORDATORIO Y ACTUALIZACION DE RIESGOS

- LA FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA TIENE UNA EFECTIVIDAD QUE RONDA EL 30%
- LOS RIESGOS DE PRESENTAR ABORTOS, PARTOS PREMATUROS, ALTERACIONES CONGENITAS Y OTRAS COMO SINDROME DE DOWN, AUMENTAN CON LA EDAD.

EDAD	RIESGO		
	ABORTO	SIND. DE DOWN	
MENOR DE 30 AÑOS	12 %	1 cada 1000 nacimientos	
DE 30 A 35 AÑOS	19 %	1 cada 400 nacimientos	
DE 35 A 40 AÑOS	25 %	1 cada 200 nacimientos	
MAYOR A 40 AÑOS	40 %	1 cada 100 nacimientos	

ENFERMEDADES PREVIAS	RIESGO		
	ABORTO	PARTO PREMATURO	PATOLOGIAS CONGENITAS LABIO LEPORINO, OTRAS
ENDOMETRIOSIS	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
MIOMATOSIS	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
OBESIDAD	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
HIPERTENSION ARTERIAL	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
TABAQUISMO	AUMENTADO	AUMENTADO	ALTERACIONES CONGENITAS
HIPO O HIPERTIROIDISMO	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
DIABETES	AUMENTADO	AUMENTADO	MACROSOMIA, HIDRAMNIOS, ETC.
TROMBOFILIA	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO
PATOLOGIAS CLINICAS	AUMENTADO	AUMENTADO	AUMENTADO

ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS QUE SE ME HAN EXPLICADO Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE CONTINUAR PESE A LOS BAJOS MARGENES DE EFECTIVIDAD DE LA PRACTICA, LOS RIESGOS DEL Y EN ELEMBARAZO, COMO ASI TAMBIEN EN EL PRODUCTO DE LA CONCEPCION.

CÓRDOBA, _____ DE _____ DE 20_____

FIRMA, DNI Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DE PROFESIONAL ESPECIALISTA EN MEDICINA REPRODUCTIVA