

QUESTIONARIO PAZIENTE

Nome	
Cognome / Nome di famiglia	
Nome di padre	
Nome di madre	
Data di Nascita	
Indirizzo di Casa	
Paese	
Telefono di Casa Fisso	<u>N.B., delle volte per noi e comodo chiamare al fisso i pomeriggi tra le 7-9 pm ora Greca invece di mandare una email. Si prega di dare conferma se per voi puo andare bene una telefonata da parte nostra?</u>
Telefono Cellulare	
Indirizzo di Posta elettronica (email)	
Professione	
Stato Civile*	

STORIA DI FERTILITA – PAZIENTE FEMMINILE

<p>Si prega di descrivere la vostra storia precedente di fertilita, comprese gravidanze, aborti, trattamenti di fertilita ed il risultato. Si prega di scrivere anche le date.</p> <p>Per trattamenti di fertilita prego date una sintesi del protocollo di terapia (i medicinali ed i dosaggi e la durata della stimolazione) il numero di ovuli ottenuti ed il numero di embrioni ottenuti e trasferiti.</p> <p>Si prega di notare se avete avuto dei sintomi insoliti durante il tempo di impiantazione (febbre, mal di gola, dolori articolari, eruzioni cutanee ecc) e se avete avuto qualche sanguinamento prima della data del test o in qualsiasi ciclo di FIVET.</p>

--

ULTERIORI DOMANDE– PAZIENTE FEMMINILE:

Hai dei cicli mestruali/periodi ?	
Questi cicli sono regolari ?	
Quanto durano questi cicli (da un sanguinamento al prossimo)?	
Quanto dura di solito il sanguinamento?	
Descrivere il sanguinamento- e profuso e rosso? Si ferma e ricomincia improvvisamente, ci sono macchie maroni prima del ciclo o dopo il ciclo?	
Quando aspetti il tuo prossimo ciclo di cominciare?	
Hai avuto una isteroscopia, una ecografia di infusione salina (Acqua Scan) o una laparoscopia? Si prega di dare le date ed i risultati di questi esami.	
Prendi delle medicine? (incluse vitamine e supplementi) regolarmente ? Si prega di elencarli qui:	
Sei mai stata diagnosticata con problemi immunologici?	
Hai mai fatto delle analisi degli ormoni del tiroide? Si prega di elencarli qui TSH, FT4, antithyroid anticorpi .	
Si prega di riassumere qui i recenti risultati dei test di FSH, LH, Prolactina, AMH ecc.	
Sei mai stata controllata per problemi di coagulazione (trombofilia)? Si prega di elencare i risultati qui.	
Sei mai stata controllata per Chlamydia (PCR)? Si prega di elencare i risultati qui.	

Sei mai stata controllata per cariotipo? Si prega di elencare eventuali risultati anomali qui.	
Sei mai stata diagnosticata con una infezione virale (herpes, herpes zoster, herpes labiale, HPV, ecc)?	
Elencare tutti gli altri risultati delle analisi di fertilità e le date che sono state fatte.	
Si prega di elencare eventuali altri problemi di salute, tra cui le allergie e le eventuali operazioni precedenti che dovremmo essere a conoscenza.	
Si prega di dare la sua altezza, peso e indice di massa corporea (BMI).	
Si prega di indicare l'origine etnica.	
Si prega di dare il colore dei capelli ed il colore degli occhi.	
Si prega di dare il tuo gruppo sanguigno, se è noto.	

MARITO / PARTNER – INFORMAZIONI SANITARIE

Nome	
Cognome / Nome di famiglia	
Nome di padre	
Nome di madre	
Data di nascita	
Email	
Telefono	
Professione	
Quanti figli hai avuto?	
Si prega di elencare qui i dettagli di tutte le	

analisi dello sperma che ha fatto (con date)	
Sei mai stato controllato per cariotipo? Si prega di elencare eventuali risultati anomali qui.	
Sei mai stato controllato per mutazioni del gene della fibrosi cistica? Si prega di elencare i risultati qui.	
Si prega di elencare eventuali altri problemi di salute, tra cui le allergie e le eventuali operazioni precedenti che dovremmo essere a conoscenza.	
Prendi delle medicine? (incluse vitamine e supplementi) regolarmente? Si prega di elencarli qui:	
Si prega di dare la sua altezza, peso e indice di massa corporea (BMI).	
Si prega di indicare l'origine etnica.	
Si prega di dare il colore dei capelli ed il colore degli occhi.	
Si prega di dare il tuo gruppo sanguigno, se è noto.	

QUESTIONI:

Si prega di elencare qui tutte le domande o dubbi, se ci sono per quanto riguarda qualsiasi trattamento.	
--	--

Tieni inoltre presente che per la vostra consultazione iniziale vorremmo che portate:

1. HIV 1 + 2 test - datati negli ultimi 6 mesi *
2. Analisi di sifilide (VDRL o RPR) - datata negli ultimi 6 mesi *
3. Hepatite B (HbsAg, HBcAb IgM) analisi – datata negli ultimi 6 mesi*
4. Hepatite C (HCV) analisi – datata negli ultimi 6 mesi*

5. Cardiogramma / ECG referto delle analisi– datata negli ultimi 6 mesi (richiesto solo per i pazienti che faranno Raccolta degli Ovuli (PickUp) o ricupero degli spermatozoi chirurgicamente) **

6. Certificato di matrimonio - abbiamo bisogno di avere una copia di questo documento per i nostri archivi

- Coppie sposate

Certificazione matrimoniale***

- Donna singola

Una certificazione valida firmata da te in presenza di un notaio che stai sottoposta a trattamento IVF dichiarando che sei una donna singola avendo donazione anonima di sperma, responsabile del bambino / dei bambini concepiti

- Coppie non sposate

Una certificazione valida firmata da tutte le due parti in presenza di un notaio dichiarando che tutti i due sono stati sottoposti a trattamento IVF dichiarando e siete una coppia responsabile del bambino / dei bambini concepiti

7. Passaporto

* Se non si dispone degli elementi 1-4, possiamo organizzare di fare queste analisi per voi per € 110 a persona.

Per le coppie sposate e non sposate, indipendentemente dal fatto che sarà utilizzata donazione di sperma, entrambi i partner devono mostrare la prova delle analisi visto che è un requisito legale.

** Se avete bisogno che organizziamo l'ECG per voi, vi preghiamo di farcelo sapere.

*** Se avete bisogno di organizzare la certificazione pertinente che si applica alle singole donne e alle coppie non sposate, possiamo organizzarla con un notaio locale al costo di 100 euro.

****È consigliato per:

Tutte le donne sotto i 35 anni, un'ecografia del seno recente

Tutte le donne più di 35 anni, una mammografia recente

*****Si consiglia di ottenere un'assicurazione medica di viaggio prima del trattamento.

I dati personali sono considerate confidenziali e segreti, sono raccolti direttamente da voi come da contratto o rapporto precontrattuale e sono protetti da adeguate misure legali, tecniche e organizzative in termini di Regolamento Europeo 2016/679 basati alla protezione dei dati personali. Poi questi dati diventano anonimi o pseudonimati sotto i termini della Privacy Policy come pubblicato sul nostro website <https://www.ivfserum.com/privacy-policy/>.

Completando questo questionario, date il vostro consenso alla Clinica IVF Serum di contattarvi sul/ sui numero/ -i di telefono e / o e-mail che avete indicato sopra. Se si modificano le informazioni personali, potete contattare il responsabile della protezione dei dati personali sull' email privacy@ivfserum.com.

SI PREGA DI RESTITUIRE IL QUESTIONARIO A sofia.kasfiki@ivfserum.com

GRAZIE PER IL VOSTRO TEMPO

