



REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

Solicitud de prestación

DATOS DEL PACIENTE

Nombrey Apellido: _____

Nº dni: _____

Número de socio: _____

Edad: _____

Sexo: F M

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Técnica utilizada: Baja complejidad Alta complejidad

Descripción de la práctica:

Fecha solicitud

Firma y sello del médico tratante



AUTORIZACIÓN DE TUTELAJE - RES 1709/14

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº CUIL: _____ Nº SOCIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DEL CENTRO DE REPRODUCCIÓN

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL: _____

Nº CUIT: _____

CO-MORBILIDADES PRESENTES (Detalles, en caso de corresponder)

TÉCNICA UTILIZADA

Nº de intentos previos:

BAJAS

ALTAS

Motivo de solicitud:

- Infertilidad de origen femenino.
 Infertilidad de origen masculino.
 Otros: _____

Técnicas previas utilizadas:

- Baja complejidad.
 FIV / ICSI.
 Ovodonación.

Técnica utilizada en el presente intento:

- Baja complejidad.
 FIV / ICSI.
 Ovodonación

Resultado del procedimiento:

- Abandono por decisión del paciente.
 Cancelación por riesgo de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación.
 Ciclo sin desarrollo folicular.
 Transferencia de embriones (especificar nº _____)
 Embarazo
 Nacimiento

Único Múltiple Indicar nº _____

Edad gestacional: _____

Peso de nacimiento: _____

Internación neonatal (UTI)

Observaciones:



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI: _____ N° SOCIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____ EDAD _____

DOMICILIO _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes personales (Detallar) :

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados (Detallar y adjuntar informes)

Medicamentos utilizados para la inducción y/o preparación de la gestación (Detallar el esquema de administración de drogas, dosis y cantidad de aplicaciones)

DROGA	NOMBRE COMERCIAL SUGERIDO	DOSIS	FRECUENCIA

Lugar y fecha

Firma y sello del médico tratante



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para recibir tratamiento con medicamentos

Droga _____

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, yo _____

DNI _____, o mi tutor o representante lega _____

DNI _____ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en _____

bajo la atención profesional de Dr. _____

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

