ASOCIACION MUTUALISTA DE EMPLEADOS DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Solicitud de cobertura para tratamientos de reproducción médicamente asistida

Fecha: ...../...../.....

Datos de la Afiliada Solicitante:

Apellido y Nombre: .....Afiliado Nº: .....

Localidad.....Domiicilio: .....CP: .....

E-Mail: .....Tel: .....

Datos de la Pareja:

Pareja: SI ☐ NO ☐ Nombre y Apellido: .....DNI: .....

Edad: .....Obra Social: .....Nº de Afiliado: .....

Sexo: M ☐ F ☐ Diagnóstico de esterilidad: SI ☐ NO ☐ Tipo: .....

Antecedentes:

Diagnóstico de esterilidad (1º/2º) de: .....meses / años de evolución: .....

Edad: .....Embarazos previos: SI ☐ NO ☐ Partos: SI ☐ NO ☐ Año: .....

Antecedentes familiares patológicos: .....

.....

.....

.....

Antecedentes personales clínicos: .....

.....

.....

.....

Peso: .....Altura: .....IMC: .....Tabaquismo: .....Otro: .....

Antecedentes personales quirúrgicos (NO ginecológico): .....

.....

.....

Antecedentes Toco-ginecológicos:

Menarca: .....Gesta: .....Paridad: ..... Dismenorea SI ☐ NO ☐ Dispareunia: SI ☐ NO ☐

Ritmo menstrual: ...../.....MAC: .....

Antecedentes de cirugías toco-ginecológicas: .....

.....

.....

.....

Impresión Diagnostica de Esterilidad:

Factor masculino ☐	Factor Tu boperitoneal / Uterino ☐	Factor Endócrino ☐
Falla ovárica precoz ☐	Factor cervical ☐	Factor Coital ☐
Aborto recurrente ☐	ESCA ☐	Factor infectológico ☐

Tratamientos previos de Fertilidad Asistida SI ☐ NO ☐ Tipo y fecha: .....

Estudios Solicitados: (completar con valores y fecha de cada resultado)

MUJER

Análisis hormonal en fase menstrual (día 1 al 5)

FSH.....LH.....Estradiol.....TSH.....T4L.....

ATPO.....Prolactina.....Glucemia.....SDHEA.....17 oh Prog.....

Testosterona Total.....Testosterona libre.....Delta 4 Androst.....Grupo y factor.....

Si tiene SOP o IMC > 25: insulinemia.....HOMA.....

Progesterona Sérica (días 21-23).....

HIV1-HIV2.....VDRL.....HBsAg.....HCV IgG.....

Ecografía Ginecológica TV (Resumen): .....

.....

.....

Cultivo de moco cervical (Aerobios, anaerobios, micoplasma, ureplasma, Chlamydia): .....

.....

.....

Histerosalpingografía con prueba de Cotte (resumen): .....

.....

.....

HOMBRE

Espermograma: .....

Espermacultivo: .....

HIV1-HIV2.....VDRL.....HBsAg.....HCV IgG.....

IMPORTANTE: Debe presentarse los estudios realizados, para la verificación de asesoría médica.

Tratamiento a realizar: .....

Fundamentación médica: .....

.....

Mail del médico tratante: ....

Fecha: .....

Firma y sello del ginecólogo/a derivante.