

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	TERAPIA PROTOCOLLO ANTAGONISTA MO.106.OCT.DMI. FIR	Rev. 00 del 10/12/2012 pag 1 di 1
--	---	---

Piano terapeutico per la terapia di induzione della crescita follicolare multipla con Antagonista del GnRH:

Sig.ra _____

Diagnosi: **Infertilità**

NOTA CUF 74

Inizio terapia:

Data presunta delle mestruazioni dal _ _ / _ _ / _ _ _ _ **al** _ _ / _ _ / _ _ _ _

1 compressa di _____ **dal 2° giorno del ciclo mestruale (da assumere ogni giorno),**
fino al _ _ / _ _ / _ _ _ _

I giorni.....: **nessuna terapia**

Il giorno _ _ / _ _ / _ _ _ _ presentarsi presso il Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione alle ore 7.30, per un prelievo di sangue venoso e per una ecografia pelvica transvaginale.

Portare le fotocopie degli esami preliminare al trattamento.

_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)
_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)
_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)
_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)
_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)
_ _ / _ _ / _ _ _ _ ___ fiale sc/im di	alle ore 20.00–(UI _____ di _____)

Il giorno _ _ / _ _ / _ _ _ _ presentarsi presso il Servizio di Fisiopatologia della Riproduzione alle ore 7,30 per un prelievo di sangue venoso e per una ecografia pelvica transvaginale.

La terapia verrà continuata in modo personalizzato sulla base del valore ematico dell'estradiolo e del numero e volume dei follicoli evidenziati all'ecografia: verranno utilizzate un numero massimo di _____ fiale/die (_____ UI/die) di _____ per un numero massimo di 20 giorni

NB: questo documento rappresenta il “piano terapeutico”.

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _

**Firma e timbro
del Medico**