



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

**ASL CITTÀ DI TORINO**  
**Dipartimento Materno Infantile**  
**SC PMA**

Direttore ff: **Dr. C. CASTELLO**

fivet.comunicazioniutenti@aslcittaditorino.it

Data .....

Nome ..... Nato .....

Partner ..... Nato .....

Domicilio/Residenza ..... Inviante .....

..... Cerca Prole .....

Telefono ..... Sposati/conviventi .....

Lavoro Lei ..... Lavoro Lui .....

**STORIA CLINICA**

Peso  Altezza  Fumo  BMI

Gruppo Sanguigno

Anam-Fam .....

Anam-Pat .....

Pregressi interventi .....

Terapie in corso .....

**ALLERGIE**

**STORIA GINECOLOGICA**

Parità

Ritmo

Durata

Interv. Ginecol. ....

Diagnosi di ingresso .....

## INDAGINI CLINICHE

Pap-Test .....

Tampone vag. ....

Eco mammo/Rx .....

ISG / USS .....

## LABORATORIO

Data	Giorno	FSH	LH	E2	AMH	PROG.	PRL	TSH	GLIC.	INS.

## PREGRESSI TENTATIVI

DATA	CENTRO	STIMOLAZIONE	OV.RECUP	EM.TRASF.	CRIO	ESITO

## PARTNER

Gruppo Sanguigno ..... Fumo .....

Anamnesi Patologica .....

Interventi .....

FHS

PRL

## ESAMI SEMINALI

ES. SEMINALE  
2° LIVELLO

Data	.....	.....	.....	.....
Laboratorio	.....	.....	.....	.....
Viscosità	.....	.....	.....	.....
N. spermi/cc	.....	.....	.....	.....
Mob. totale %	.....	.....	.....	.....
Mob. Prog. %	.....	.....	.....	.....
Forme fisiolog.	.....	.....	.....	.....
Spermiocoltura	.....	.....	.....	.....
Test capacitazione	.....	.....	.....	.....
Giudizio Diagnost.	.....	.....	.....	.....

**ESAMI SIG.RA:****EMOGRUPPO E FATTORE RH****ELETTROFORESI Hb****PAR TEST****HPV TEST****ECOGRAFIA  
MAMMARIA****MAMMOGRAFIA****BATTERIOLOGICO****RUBEO****TOXO****VARICELLA****GLICEMIA****INSULINA****AMH****TSH****FSH****LH****E2****PRL****HBsAg****HBsAb****HBcAb IgG****HBcIgM****HCV****HIV****VDRL/TPHA****CMV IgM-IgG****CARIOTIPO****ESAMI SIG:****EMOGRUPPO E FATTORE RH****ELETTROFORESI Hb****HBsAg****HBsAb****HBcAb IgG****HBcIgM****HCV****HIV****VDRL/TPHA****CMV IgM-IgG****CARIOTIPO**









