

## PROTOCOLO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

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

### Datos personales

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel.: ..... Cel: .....

DNI: ..... Edad: ..... Género: .....

### Diagnóstico

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código	Descripción

### Datos de la paciente

FUM: ...../...../.....

R/M: ...../.....

MAC utilizados: \_\_\_\_\_

Nº embarazos : con pareja actual

1) Fechas ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

2) Finalización:

• Nº partos via vaginal..... • Nº cesareas..... • Nº abortos..... • Nº con legrados.....

Nº embarazos : con otra pareja

1) Fechas ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

2) Finalización:

• Nº partos via vaginal..... con otra pareja

### Tratamientos de fertilidad previos

	Técnica	Resultado		Hijo Nacido
Fecha: ...../...../.....	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fecha: ...../...../.....	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fecha: ...../...../.....	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fecha: ...../...../.....	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fecha: ...../...../.....	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### PAP

Fecha: ...../...../..... Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Mamografía (a partir de los 35 años) y Ecografía Mamaria

Fecha: ...../...../..... Diagnóstico BIRADS: \_\_\_\_\_

### Ecografía Transvaginal

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

Cavidad Endometrial: grosor: \_\_\_\_\_

Anexos: \_\_\_\_\_

Útero: morfología y tamaño \_\_\_\_\_

### Histerosalpingografía

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

Cavidad: Libre  No libre  Indicar hallazgo: \_\_\_\_\_

Características de las trompas:

Izquierda: Permeables  No permeables

Derecha: Permeables  No permeables

Cotte: Positivo  Negativo  \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

### Cultivos

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

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

Exudado vaginal: \_\_\_\_\_

Exudado endocervical: \_\_\_\_\_

Vaginosis bacteriana Positivo  Negativo

Clamidia Positivo  Negativo

Micoplasma hominis Positivo  Negativo

Ureaplasma urealyticum Positivo  Negativo

### Laboratorio hormonal

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

FUM: ...../..... /.....

FSH: \_\_\_\_\_ LH: \_\_\_\_\_ Prolactina: \_\_\_\_\_ Estradiol: \_\_\_\_\_ HAM: \_\_\_\_\_ Insulina: \_\_\_\_\_

Vitamina D: \_\_\_\_\_

Andrógenos: (si corresponde) \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_ (SI TSH > 3, ANTICUERPOS) \_\_\_\_\_

### Datos de la pareja

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

### Espermograma

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

Volumen \_\_\_\_\_ Traslativos \_\_\_\_\_ Morfología \_\_\_\_\_ Concentración espermática \_\_\_\_\_

### Cultivos

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

Clamidia Positivo  Negativo

Test de Túnel: \_\_\_\_\_%

Micoplasma hominis Positivo  Negativo

Ureaplasma urealyticum Positivo  Negativo

### Laboratorio hormonal (en caso que corresponda)

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

FSH: \_\_\_\_\_ LH: \_\_\_\_\_ Prolactina: \_\_\_\_\_ Tetosterona: \_\_\_\_\_

### Eco Doppler de Vasos Espermáticos (en caso que corresponda)

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

Varicocele: SI  No  Izquierdo  Derecho  Bilateral

### Tratamiento indicado

Técnica de Reproducción indicada \_\_\_\_\_ Número de intento \_\_\_\_\_

### Esquema de Medicamentos solicitados

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual

### Médico Solicitante

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula nacional: N° \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Matrícula provincial: N° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:

## INSTRUCTIVO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido deberá cumplir con los siguientes requisitos para el **Inicio de su carpeta médica** (Una vez iniciada la misma, los estudios tendrán validez durante un año):

**SI EL MÉDICO NO COMPLETA TODO EL PROTOCOLO NO SE EVALUARÁ.**

### INICIO

- Resumen de historia clínica con fecha de inicio y antecedentes de la patología en cuestión, en copia. **(Importante: indicar antigüedad de la patología).**
- Copia de Indicación Médica por tratamiento con derivación a especialista, y/o sugerencia del tratamiento. **(Recuerde que estas recetas tiene validez por 30 días desde que son emitidas)**
- Copia de Indicación Médica por medicamentos que utilizará durante el tratamiento. La indicación debe ser efectuada por **nombre genérico, sin sugerir marca**, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. **(Recuerde que estas recetas tiene validez por 30 días desde que son emitidas).**
- Copia de informe de estudios de diagnóstico (tener en cuenta los que corresponda según el tipo de familia)
  - Espermograma con cultivos masculinos (sobre muestra de semen) con fecha de realización no mayor a 1 año **(Excluyente: debe poseer detección para Clamydia, ureaplasma, micoplasmas).**
  - Cultivos femeninos con fecha de realización no mayor a 1 año **(Excluyente: debe poseer detección para Clamydia, ureaplasma, micoplasmas)**
  - Laboratorio de rutina y Laboratorio hormonal femenino completo con fecha de realización no mayor a 1 año
  - Dosaje de VITAMINA D con fecha de realización no mayor a 1 año. En caso de haber realizado tratamiento, adjuntar indicación.
  - Control ginecológico (PAP) y control mamario MAMOGRAFÍA (a partir de 35 años) y ECOGRAFÍA MAMARIA con fecha de realización no mayor a 1 año.
  - HISTEROSALPINGOGRAFIA con fecha de realización no mayor a 5 años y no debe ser anterior a legrado o parto / cesárea . En caso que su indicación sea FIV ICSI podrá presentar en su reemplazo HISTEROSONOGRAMA.
  - Ecografía ginecológica (ECO TV) con fecha de realización no mayor a 1 año y con FUM.
  - Cualquier otro estudio realizado relacionado con la indicación.

### VÍAS DE COMUNICACIÓN

Podrá remitir su carpeta médica por mail: rma@ospoce.com.ar o a auditoriamedica@ospoce.com.ar o bien puede acercarlos a nuestras oficinas en Bartolomé Mitre 1553, de lunes a viernes de 9.30 a 17.30 hs. Consulte por sucursales en [www.ospoce.com.ar/ospoce/suc.asp](http://www.ospoce.com.ar/ospoce/suc.asp)

**La recepción de la documentación no implica conformidad.**

**En caso de pertenecer al régimen MONOTRIBUTISTA / SERVICIO DOMÉSTICO se deberá presentar los últimos 6 comprobantes de pago anteriores a la fecha en que inicia su solicitud ante Ospoce.**

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con la totalidad de estos requisitos. Una vez iniciada su solicitud recibirá respuesta en su casilla de mail, dentro del plazo de 10 días hábiles. **NO SE REQUIERE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ORIGINAL.**

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Teléfono / Celular \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Teléfono o mail de contacto del Profesional prescriptor

\_\_\_\_\_

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.  
Tramite sujeto a Auditoría Médica.**