

PROTOCOLO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

Fecha:/ /					
Datos personales					
, ,					
DNI:		Edad:	Género):	
Diagnóstico					
Fecha de diagnóstico:	/				
Diagnóstico según CIE					
Código	Descripción				
Datos de la gestant	е				
FUM:/					
R/M:/					
MAC utilizados:					
№ embarazos : con par	eja actual 🔲 🛮 con d	otra pareja 🗌			
1) Fechas//	//	/			
2) Finalización:	NO	N10 - 1		NIO and large day	
• Nº partos via vaginai.	• Nº cesareas	5 • Nº aß	ortos	•Nº con legrados	
Tratamientos de feri	ilidad previos				
	Técnica	Result	tado	Hijo Nacido	
Fecha:/ /		Positivo 🗌	Negativo		
Fecha:/ /		_	Negativo		
• •		Positivo 🗌	Negativo 🗌		
Fecha:/ /			Negativo		
Fecha:/ /		—	Negativo		
Fecha:/ /		Positivo	Negativo		
PAP					
Fecha:/ /	Diagnóstico:				
Mamografía (a partir de los 35 años) y Ecografía Mamaria					
Fecha:/ Diagnóstico BIRADS:					
Ecografía Transvagi	nal				
Fecha:/ FUM:/					
Cavidad Endometrial: grosor:					
Anexos:					
Útero: morfología y tan	naño				
Histerosalpingografi	a				
Fecha:/ /					
Cavidad: Libre No libre Indicar hallazgo:					
Caracteristicas de las trompas:					
Izquierda: Permeables No permeables					
Derecha: Permeables No permeables					
Cotte: Positivo Negativo					



PROTOCOLO DE REPRODUCCIÓN MEDICAMENTE ASISTIDA

Cultivos					
Fecha:/ / Exudado vaginal:	Fecha:/ Exudado endocervical:				
Vaginosis bacteriana Positivo Negativo	Clamydia Positivo Negativo Uncaplasma urealyticum Positivo Negativo Negativ				
Laboratorio hormonal					
Fecha:/ FUM:/					
FSH: LH: Prolactina:	Estradiol: HAM: HOMA:				
Andrógenos: (si corresponde)	TSH (SI TSH > 3, ANTICUERPOS)				
Datos de la pareja					
Apellido y Nombre:D.l	N.I:Cobertura Médica:				
Espermograma					
Fecha:/ Volumen	Traslativos Morfología				
Cultivos Fecha:/ / Clamydia Positivo Negativo Test de Túnel:% Micoplasma hominis Positivo Negativo Ureaplasma urealyticum Positivo Negativo Negativo					
Laboratorio hormonal (en caso que corres	sponda)				
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 di	aria Dosis semanal Dosis mensual				
Médico Solicitante					
Apellido y Nombre:					
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):

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 Indicacion Médica por tratamiento con derivacion a especialista, y/o sugerencia del tratamiento. (Recuerde que estas recetas tiene validez por 30 días desde que son emitidas)
- Copia de Indicacion Médica por medicamentos que utilizará durante el tratamiento. La indicación debe ser efectuada por **nombre genérico**, **sin sugerir marca**, tambien debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del medico 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 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
 - Control ginecológico (PAP) y control mamario MAMOGRAFÍA (a partir de 35 años) y ECOGRAFÍA MAMARIA con fecha de realización no mayor a 1 año.
 - Histerosalpingografía (este estudio no posee vencimiento)
 - Ecografía ginecológica (ECO TV) con fecha de realización no mayor a 1 año
 - Cualquier otro estudio realizado relacionado con la indicación

VÍAS DE COMUNICACIÓN

Podrá remitir su carpeta médica por mail: rma@ospoce.com.ar o a auditorimedica@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

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 recbirá 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 Auditoria Médica.