

**Requisitos específicos para evaluar cobertura.**

1. Resumen de Historia clínica en el cual deberá constar de corresponder antecedentes personales, firmada por el médico tratante con firma y sello.
2. Listado completo de procedimientos, diagnósticos y terapéuticos realizados, firmada por médico tratante.
3. Constancia de administración de las drogas con detalle del esquema (dosis y número de aplicaciones) firmado por el médico tratante
4. Consentimiento informado en el cuál se asesore en detalle a los beneficiarios acerca de las técnicas de Reproducción Médicamente Asistida en lo concerniente al procedimiento, así como a las consecuencias, efectos y posibles complicaciones de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y normas complementarias.
5. Planilla de inscripción en el sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergente para ser presentada ante la Gerencia de Gestión Estratégica.

## SOLICITUD DE PRÁCTICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

	Solicitante	Pareja
Sexo		
Plan		
Diagnóstico		
Tipo de Tratamiento. Solicitado.(Alta o Baja)		
Tratamientos anteriores (Tipo, Fecha, centro)		
Resumen médico de ciclo de tratamientos previo (estimulación ovárica, punción, nº embriones, transferencia, BHCG comparativa).		

### Historial Médico

	Solicitante	Pareja
IMC		
Hábitos tóxicos		
Ocupación		
Antecedentes quirúrgicos generales		
Antecedentes quirúrgicos ginecológicos (Cono, RUE Miomectomía, Quistectomía)		

	<b>Solicitante</b>	<b>Pareja</b>
Patologías ginecológicas (EPI, SOP, Endometriosis)		
Tiempo de infertilidad (meses)		
Hijos en común		
Hijos por separados		
Partos		
Cesárea		
Abortos/ectópicos		

### **FACTOR MASCULINO**

<b>Espermograma (fecha)</b>	<b>Fecha</b>
Motilidad progresiva	
Concentración	
Morfología	
%vivos	
Células redondas	
Cultivo esperma	
Capacitación espermática (REM)	
Otros:	
<b>Serologías</b>	<b>Fecha</b>
HIV,VDRL,VHB,VHC	

## FACTOR FEMENINO

<b>Salud reproductiva</b>	<b>Fecha</b>
Mamografía (resultado y fecha)	
PAP (resultado y fecha)	
<b>Pregestacional</b>	<b>Fecha</b>
Hb	
GB	
Glucemia ayunas	
Grupo y Factor	
Creatinina	
Perfil lipídico	
Hepatograma	
<b>Serología</b>	<b>Fecha</b>
HIV	
VDRL	
VHB	
VHC	
Toxo IgG	
CMV IgG	
Rubeola IgG	
<b>Ecografía ginecológica TV basal (día 3 ciclo )</b>	<b>FUM y Fecha de Eco</b>
Patología endometrial( miomas-tabiques)	
Patología endometrial (Pólipos)	
Patología Tubárica (Hidrosalpinx-piosalpinx)	
Patología ovárica (Quistes –Tumores)	
Reserva ovárica (Recuento de folículos antrales)	

<b>Ovulación (día 3 ciclo)</b>	<b>FUM y Fecha de análisis)</b>
FSH	
LH	
PRL	
TSH	
E2	
HAM	
<b>HSG</b>	<b>Fecha</b>
Trompas	
Útero	
<b>Infecciones TGI</b>	<b>Fecha</b>
Cultivo de Flujo vaginal	
Ureaplasma	
Chlamydia	
Micoplasma	

## CONSTANCIA DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

<b>DROGA 1</b>	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>	
<b>DOSIS</b>	
<b>NÚMERO DE APLICACIONES</b>	
<b>ESQUEMA</b>	

<b>DROGA 2</b>	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>	
<b>DOSIS</b>	
<b>NÚMERO DE APLICACIONES</b>	
<b>ESQUEMA</b>	

<b>DROGA 3</b>	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>	
<b>DOSIS</b>	
<b>NÚMERO DE APLICACIONES</b>	
<b>ESQUEMA</b>	

<b>DROGA 4</b>	
<b>NOMBRE COMERCIAL</b>	
<b>DOSIS</b>	
<b>NÚMERO DE APLICACIONES</b>	
<b>ESQUEMA</b>	

## Tutelaje de Tecnologías Emergentes.

<b>Datos de la Beneficiaria</b>	
Apellido y nombre	
CUIL	Obra Social
Fecha de nacimiento	Fecha del Procedimiento
Nombre del centro de Reproducción	CUIT del centro
Co-morbilidad/es presentes	
<b>Técnica de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad</b>	
Números de intentos previos	Baja: <input type="checkbox"/> Alta: <input type="checkbox"/>
Motivo de solicitud. (Marcar con una cruz lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> Infertilidad de origen femenino <input type="checkbox"/> Infertilidad de origen masculino <input type="checkbox"/> otros
Técnicas previas utilizadas (Marcar con una cruz lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> Baja Complejidad <input type="checkbox"/> FIV/ICSI <input type="checkbox"/> Ovodonación
Técnicas utilizadas en el presente intento. (Marcar con una cruz lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> OVODONACION:
Resultado del procedimiento. (Marcar con una cruz lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> Abandono por decisión de la paciente. <input type="checkbox"/> Cancelación del ciclo por riesgos de hiperestimulación ovárica y/o efectos adversos de la medicación. <input type="checkbox"/> Ciclo sin desarrollo folicular <input type="checkbox"/> Transferencia de embriones (especificar número) <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Nacimiento: Único <input type="checkbox"/> Múltiple(nº) <input type="checkbox"/> Edad Gestacional: <input type="checkbox"/> Peso de nacimiento: <input type="checkbox"/> Internación neonatal (UTI)
Observaciones	