

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	TERAPIA PROTOCOLLO FLARE UP 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 Analogo 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 preliminarare 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**