

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	TERAPIA PROTOCOLLO LUNGO 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 Gn-RH

Sig.ra _____

Diagnosi: Infertilità

NOTA CUF 74

Inizio terapia:

il __/__/____ con la somministrazione **IM** di una fiala di _____
alle ore 20.00 (**Farmaco non a carico del SSN**).

Il farmaco deve essere assunto indipendentemente dal giorno del ciclo mestruale.

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**