

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	Lettera medico di base (PMA II Livello) MO. 44 DPR. DMI. FIR.	Rev. 03 Del 28/03/2012 Pag 1 di 1
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Gent.mo collega,

la Sua paziente, sig.ra _____

e' stata inserita nel ciclo di trattamento di riproduzione medico-assistita, presso il UO Fisiopatologia della Riproduzione dell'Ospedale "Cervesi" di Cattolica – R N.

Il trattamento prevede l'utilizzo di

Farmaco _____

Nota CUF n° _____

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primolut-Nor cpr, 1 confezione (SSN) | <input type="checkbox"/> Decapeptyl 3.75, 1 conf (no SSN) |
| <input type="checkbox"/> Planum , 1 confezione (SSN) | <input type="checkbox"/> Enantone 3,75, 1 confezione (no SSN) |
| <input type="checkbox"/> Suprefact spray nasale, 2 confezioni (no SSN) | <input type="checkbox"/> Gonasi 5000, 2 fiale (SSN) |
| <input type="checkbox"/> Enantone DIE 1 confezione (no SSN) | <input type="checkbox"/> Ovitrelle 250mmcg/0,5ml 1 conf (SSN) |
| <input type="checkbox"/> Decapeptyl 0,1 mg 2 confezioni (no SSN) | <input type="checkbox"/> Prontogest da 100 mg, 2 conf (SSN) |
| <input type="checkbox"/> Orgalutran 0,25 mg, (no SSN) | <input type="checkbox"/> Crinone gel 8% una confezione (SSN) |
| <input type="checkbox"/> Cetrotide 0,25 mg (no SSN) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Dermestril 50 mcg 4 confezioni (SSN) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ mcg 4 confezioni (SSN) | <input type="checkbox"/> |

La signora dovrà presentarsi, presso il Centro, a giorni alterni per ecografie e dosaggi ormonali. Sono quindi necessarie, solo per le pazienti che non appartengono all'Azienda USL di Rimini, le seguenti richieste:

- 5 richieste per ecografia transvaginale
- 1 richiesta per dosaggio progesterone
- 5 richieste per dosaggio 17 beta estradiolo
- 1 richiesta per preparazione del liquido seminale (prestazione per il marito)
- 1 richiesta per inseminazione artificiale

La ringrazio anticipatamente per la Sua collaborazione e rimango a disposizione per maggiori informazioni al numero 0541-966391 dalle ore 9.30 alle ore 12.30.

Sara' nostra cura tenerla aggiornata sull'esito del trattamento e inviarle le opportune informazioni per poter seguire la paziente nella fase successiva al trattamento.

Cordiali saluti