

Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR	<b>Lettera medico di base (PMA II Livello) MO. 44 DPR. DMI. FIR.</b>	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