

	Piano Terapeutico Inseminazioni Intra Uterine MO. 83. DPR. DMI. FIR.	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 1 di 1
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

Sig.ra _____

DIAGNOSI: INFERTILITA'
NOTA CUF 74

TS _____

U.M. _____

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

_____ fiala im/sc di _____ alle ore 20.00

Il giorno _____ presentarsi c/o il Servizio di Fisiopatologia della riproduzione alle ore 7.30 per eseguire prelievo venoso e ecografia transvaginale.

La terapia verra' 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 di _____ per un numero massimo di 20 giorni.

NB: questo documento rappresenta il "piano terapeutico"

Data

firma del medico