

QUESTIONARIO MEDICO

PAZIENTE:

Nome:	Data di nascita:
Cognome:	Paese di residenza:
Nazionalità:	Indirizzo:
Cellulare:	Stato civile:
E-mail:	Professione:

PARTNER (se applicabile):

Nome:	Data di nascita:
Cognome:	Paese di residenza:
Nazionalità:	Indirizzo:
Cellulare:	Stato civile:
E-mail:	Professione:

Come ha saputo di noi?

Medico di riferimento:
Amici:
Internet:
I social:
Altri:
Ginecologo di riferimento:

Perché desiderate contattarci:

Valutazione della fertilità
Trattamento di fertilità (IO, IIU, FIVET, DGPI)
Congelamento degli ovuli
Ovodonazione

Da quanto tempo sta cercando di rimanere incinta:
Periodo previsto per il trattamento:

ANAMNESI PAZIENTE:

Anamnesi del ciclo mestruale:

Data primo ciclo:	Durata periodo:
Cicli regolari?	Mestruazioni dolorose?
Durata ciclo mestruale:	Data ultimo ciclo?

Antecedenti ostetrici:

	Numero totale	Quando?	Osservazioni
Interruzioni			
Aborti			
Parti			
Bambini			

Precedenti trattamenti di fertilità (numero totale, quando, dettagli):

IUI:
FIVET:
Ovodonazione:
Altri:

Anamnesi medica (quando, dettagli):

Malattie:
Interventi chirurgici:
Problemi ginecologici:

Anamnesi familiare (quale parente, quale malattia):

--

Farmaci, allergie:

Allergie ai farmaci:
Farmaci abituali (nome/ dose).

Fumo (no/ se sì, ? sigarette/giorno):

--

Sigarette elettronici (no/sì):

--

Alcol (no/ se sì, ? unità/giorno):

--

Droghe (no/sì):

--

Caratteristiche fisiche:

Peso:		Struttura dei capelli:	
Altezza:		Gruppo sanguigno:	
Colore degli occhi:		Etnia:	
Colore della pelle:		Osservazioni:	
Colore dei capelli:			

PARTNER ANAMNESI (se applicabile):

Gravidanze/nascite con il partner attuale (numero totale, quando, dettagli):

--

Gravidanze/nascite con partner precedente (numero totale, quando, dettagli):

--

Anamnesi medica (quando, dettagli):

Malattie:

Interventi chirurgici:

Anamnesi familiare (quale parente, quale malattia):

--

Farmaci, allergie:

Allergie ai farmaci:

Farmaci abituali (nome/ dose).

Fumo (no/ se sì, ? sigarette/giorno):

--

Sigarette elettronici (no/sì):

--

Alcol (no/ se sì, ? unità/giorno):

--

Droghe (no/sì):

--

Caratteristiche fisiche:

Peso:		Struttura dei capelli:	
Altezza:		Gruppo sanguigno:	
Colore degli occhi:		Etnia:	
Colore della pelle:		Osservazioni:	
Colore dei capelli:			