

S.C. Ostetricia e Ginecologia

Direttore: Dott. M. Barbero

*Centro di Medicina della Riproduzione**Responsabile: Dott. ssa E. Dolfin*

**SCHEDA PER IL MEDICO O GINECOLOGO CURANTE DA COMPILARE PER
INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER 1° VISITA DI COPPIA**



Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____ Telefono: _____

Indirizzo mail: _____



Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____ Telefono: _____

Parità: _____

Anni di ricerca prole: _____

N° TC pregressi: _____

Eventuale valore AMH (se disponibile): _____

Cause d'infertilità (se note):

- ☐ Fallimento 1° livello
- ☐ POF
- ☐ Endometriosi grave
- ☐ Fattore maschile
- ☐ Fattore tubarico
- ☐ Altro (specificare): _____

Data: _____

Il medico richiedente

Inviare via mail a **medicinadellariproduzione@asl.at.it**