

SCHEDA APPROPRIATEZZA

MICRODELEZIONI DEL CROMOSOMA Y NELL'INFERTILITA' MASCHILE

PAZIENTE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

Inviato da: _____

Valutazione clinica: (indicare la data dell'ultima valutazione _____)

Ecotomografia testicolare: ☐ SI ☐ NO (Se SI specificare Volume: _____ Sede: _____)

Pregresse infezioni ghiandole accessorie (uretriti, prostatiti, vescicoliti, epididimiti, orchiti): ☐ SI ☐ NO
(Se SI specificare _____)

Varicocele: ☐ SI ☐ NO

Ecocolordoppler: ☐ SI ☐ NO (Se SI allegare referto)

Spermiogramma: ☐ SI ☐ NO (Se SI allegare referto)

Indagini ormonali basali: ☐ SI ☐ NO

FSH _____

Deidroepiandrosterone _____

LH _____

Diidrotestosterone _____

GnRH _____

Estradiolo _____

Testosterone _____

Cortisolo _____

Androstenedione _____

ACTH _____

Analisi cariotipo costituzionale: ☐ SI ☐ NO (Se SI allegare referto)

Data _____

Firma _____