

INFORME MÉDICO PARA VISADO DE MEDICAMENTOS INDICADOS PARA TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Nombre y apellidos del especialista:

Nº de colegiado:

Especialidad:

Centro concertado

Nombre y apellidos de la mujer que se somete a RHA:

Fecha de nacimiento:

Entidad médica:

Nº de afiliación a MUFACE:

Existencia de hijo previo sano (en caso de pareja, hijo común, previo sano):

Fecha de nacimiento pareja (hombre):

CAUSA DE ESTERILIDAD:

Este informe tendrá validez para una técnica y ciclo determinados; el cambio de técnica, de nuevo ciclo o si se altera la pauta de tratamiento requerirá un nuevo informe.

TÉCNICA	Nº MÁXIMO DE CICLOS	EDAD	Nº DE CICLO: FECHA:	
			MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	Nº ENVASES
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON SEMEN DE PAREJA	4	Menor de 38 años		
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL CON GAMETO DE DONANTE	6	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS PROPIO	3	Menor de 40 años		
FIV CON GAMETOS DONADOS	3	Menor de 40 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS PROPIOS	-	Menor de 50 años		
TRANSFERENCIA PREEMBRIONES CONGELADOS DE DONANTE	-	Menor de 40 años		

Lugar, fecha y firma del Facultativo:

Informe del Asesor Médico:
Favorable
Desfavorable por