

Formulario de solicitud para Servicio de Mapa Inmunológico, Im Map®

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE Y DE LA CLÍNICA

Nombre de la paciente: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nº de historia clínica: _____

Clínica remitora: _____ Ciudad: _____ País: _____

nº de colegiado: _____ Médico remitir: _____

Teléfono/email de contacto: _____

Idioma del informe: ☐ Inglés ☐ Español

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

Tipo de muestra: Biopsia endometrial Fecha de la biopsia: _____ Hora: _____

☐ Primera biopsia ☐ Biopsia confirmatoria (indicar número): _____

Tipo de ciclo:

☐ HRT: P + _____ (p.e. P+5*) Fecha de 1ª ingesta de P4 _____ Hora _____

☐ Natural: LH + _____ (p.e. LH+7*) Fecha de pico de LH _____ Hora _____

☐ Natural modificado: hCG _____ (p.e. hCG+7*) Fecha de inyección de hCG _____ Hora _____

*El primer día de administración de progesterona se considera P+0. El día del pico de LH se considera LH+0. El día de la inyección de hCG se considera hCG+0.

TEST SOLICITADO

☐ Mapa Inmunológico (ImMap®)

MOTIVO DE SOLICITUD DEL TEST

☐ Fallo FIV previo (1 o 2 intentos FIV) ☐ Otro: _____

☐ Fallo FIV repetitivo (≥3 intentos FIV)

☐ Abortos previos (1 o 2 abortos)

☐ Abortos espontáneos recurrentes (≥3 abortos)

COMENTARIOS

Para uso exclusivo de IGLS:

Nº PROC.

FECHA DE RECEPCIÓN: