

## Formulario de solicitud para Servicio de Evaluación Endometrial ER Map® /MicroBioMap®

### INFORMACIÓN DE LA PACIENTE Y DE LA CLÍNICA

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº de historia clínica: \_\_\_\_\_

Clínica remitora: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono/email de contacto: \_\_\_\_\_ Médico remitir: \_\_\_\_\_ Nº colegiado: \_\_\_\_\_

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 de receptividad endometrial (ERMap®)

☐ Mapa de microbiota endometrial (MicroBioMap®)

### 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)

Toma de antibióticos en los últimos tres meses: ☐ No ☐ Sí Principio activo: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

### COMENTARIOS

Para uso exclusivo de IGLS: Nº PROC.

FECHA DE RECEPCIÓN: