

# SOLICITUD DE LICENCIA POR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA

**Protocolo** para ser confeccionado por el médico responsable del tratamiento

## Datos de la/el Paciente

Nombre y Apellido: ..... Documento:.....  
Sexo:..... Edad:..... Fecha de Nacimiento:.....  
Domicilio (real):..... Ciudad:..... Provincia:.....  
CP:..... Teléfono:..... E-mail:.....

## Datos del Médico responsable del tratamiento:

Nombre y Apellido:..... Documento:.....  
Matrícula:..... Especialidad:.....  
Teléfono:..... E-mail: .....

## Diagnóstico:

Antecedentes de la enfermedad actual:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Datos del lugar donde se realizará el tratamiento:

Nombre o Razón Social:.....  
Dirección:..... Ciudad: ..... Provincia:.....  
CP:..... Teléfono:..... E-mail.....  
Nombre y Apellido del Director Médico:..... Matrícula:.....  
Nombre y Apellido del Jefe de Servicio:..... Matrícula:.....

## Tipo de Tratamiento

IA (IIU-IC)

FIV

ICSI

**Consignar el tipo de tratamiento:**.....

## **Planificación**

Los días de licencia podrán ser continuos o alternados, dentro de los períodos de diagnóstico y tratamiento establecidos e informados por protocolo. El Organismo Médico interviniente podrá requerir a los efectos de acreditación, toda documental médica relacionada que considere oportuna durante y al finalizar el tratamiento. El no cumplimiento de ésta requisitoria por parte del agente, dejará sin efecto la posibilidad de gozar el beneficio de Licencia por diagnóstico y tratamiento de fertilización asistida.

**El agente tendrá derecho a:**

**Para Diagnóstico y Tratamiento de Baja Complejidad (Inseminación Artificial: IIU-IC): hasta un total de 9 (nueve) días de Licencia.**

**Para Diagnóstico y Tratamiento de Alta Complejidad (FIV-Fecundación In Vitro e ICSI): hasta un total de 15 (quince) días de Licencia.**

**Período de diagnóstico:** Fecha de Inicio: ...../...../..... Fecha de Finalización: ...../...../.....

Solicitud de días de Licencia:

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

**Período de tratamiento:** Fecha de Inicio: ...../...../..... Fecha de Finalización: ...../...../.....

Solicitud de días de Licencia:

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde:...../...../..... Hasta...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde ...../...../..... Hasta...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

Cantidad:.....(.....) Desde: ...../...../..... Hasta ...../...../..... Estudio y/o Práctica.....

**Lugar y Fecha:** ...../...../.....

**Firma y Sello del médico responsable:** .....

## Estudios de diagnóstico y prácticas médicas

### Criterios de Referencia:

#### 1) ETAPA DE DIAGNÓSTICO:

Se debe realizar de forma conjunta a los dos integrantes de la pareja. Los estudios complementarios a considerar son:

**A) Laboratorio hormonal:** se debe tomar la muestra de sangre venosa de una vena periférica del día 2 al 5 del ciclo (se considera el primer día el que comienza la menstruación). Requisito: ayuno de 8 hs.

**B) ECO endovaginal:** el examen no es cruento, se introduce un transductor endovaginal a través del introito, sin necesidad de preparación previa. Este estudio se realiza en diferentes momentos tanto en la etapa de diagnóstico como en la etapa de tratamiento. Tanto antes como después del estudio la mujer puede realizar tareas habituales.

**C) Cultivos de flujo:** Se realizan en el consultorio externo ginecológico durante la consulta.

**D) Histerosalpingografía:** Es un estudio que se realiza de forma ambulatoria, con anestesia tópica sobre el cérvix. Se instila contraste dentro de la cavidad uterina. La distensión de la cavidad uterina despierta dolor en algunas mujeres, razón por la que las mujeres que se someten a este estudio tendrán que realizar reposo por unas horas posteriores a la misma.

**E) Espermograma:** La muestra se puede tomar en cualquier momento luego de los días de abstinencia requeridos por el biólogo. La forma de recolección es por masturbación.

# PERÍODOS DE TIEMPO EN LOS CUALES SE DEBEN REALIZAR LOS ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

## Criterios de Referencia:

DÍA	LAB	ECO TV	HSG	CULTIVOS	ESPERMOGRAMA
1					Zona F
2	Zona B	Zona C			
3					
4					
5					
6			Zona D		
7				Zona E	
8					
9					
10					
11					
12		Zona C			
13					
14					
15					
16		Zona C			
17					
18					
19					
20					
21	Zona B				
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**ETAPA DE TRATAMIENTO :****Criterios de Referencia:****A) Baja complejidad (Inseminación intrauterina)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
	Zona Y										Zona C			Zona B														

**Criterios de Referencia:**

Durante los días marcados con **Zona Y** se realizan los diferentes protocolos de estimulación ovárica. Los mismos se llevan a cabo a través de la ingestión de comprimidos o inyecciones subcutáneas que se aplica la paciente en la región abdominal en horarios estipulados por el especialista. Durante la estimulación ovárica la paciente puede desarrollar sus tareas habituales

Durante los días marcados con **Zona C** se observa el desarrollo folicular por medio de eco endovaginal. Generalmente son 2 ó 3 ECO. Antes y después de las mismas, la paciente puede desarrollar sus tareas habituales.

En el día y hora prefijado por el especialista ( el mismo se define a través de la evaluación ecográfica del crecimiento folicular ) Se realiza la Inseminación intrauterina ( Zona B ). Procedimiento ambulatorio, después del mismo se sugiere reposo por 24 hs.

**B) Alta complejidad ( FIV, ICSI )**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
	Zona Y												Zona C			Zona D		Zona F																

**Criterios:**

Durante los días marcados con **Zona Y** se realizan los diferentes protocolos de estimulación ovárica. Los mismos se llevan a cabo a través de inyecciones subcutáneas que se aplica la paciente en la región abdominal en horarios estipulados por el especialista. Durante la estimulación ovárica la paciente puede desarrollar sus tareas habituales

Durante los días marcados con **Zona C** se observa el desarrollo folicular por medio de eco endovaginal. Generalmente son 3 ó 4 ecografías. El seguimiento es muy estricto, se realiza todos los días hasta la aspiración folicular. Antes y después de las mismas, la paciente puede desarrollar sus tareas habituales

En el día y hora prefijado por el especialista, ( el mismo se define a través de la evaluación ecográfica del crecimiento folicular ) se realiza la punción de los folículos y la aspiración de los ovocitos guiado por ecografía endovaginal. Procedimiento ambulatorio, que se realiza bajo anestesia general. Después del mismo se sugiere reposo estricto por 2 días.

A partir de las 48hs ya se puede realizar la transferencia **Zona F** de los embriones dentro del útero. Esto se realiza sin anestesia mediante la introducción de una pipeta a través del cérvix se dejan los embriones en la cavidad uterina. Luego del procedimiento la indicación es reposo por 48-72 hs.