

<b>Data:</b>	<b>Centro Studi e Ricerche Regolazione Naturale Fertilità, Università Cattolica S. Cuore, Roma.</b> <b>Affiliato a <i>Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia Ltd.</i></b>	Codici di riferimento della coppia:
<b>Insegnante:</b>		Donna _____
<b>Cod. Insegnante:</b>		Uomo _____
	Centro Billings della LIGURIA (CLIMB OdV)	Ottenere/Evitare/Tutela Salute Procreativa e Sessuale
	Codice Centro: 07	

	Donna	Uomo
<b>Cognome</b>		
<b>Nome</b>		
<b>Indirizzo</b>		<b>CAP</b>
<b>Indirizzo</b>		<b>CAP</b>
<b>E-mail</b>		
<b>Telefono</b>		
<b>Data di nascita</b>		
<b>Paese di nascita</b>		
<b>Occupazione</b>		

<b>Nazionalità straniera</b>	<b>Lingua/e parlata/e in famiglia</b>		<b>Assicurazione Sanitaria (Iscrizione al SSN)</b>	
Donna    Uomo	<b>Donna</b>	<b>Uomo</b>	<b>Donna</b>	<b>Uomo</b>

Fonte di informazioni sul Metodo dell'Ovulazione Billings®: \_\_\_\_\_

Inviati da \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Lettera al Medico \_\_/\_\_/\_\_

Motivo della scelta di un metodo naturale \_\_\_\_\_ Lettera al Medico \_\_/\_\_/\_\_

### Liberatoria

Il Metodo dell'Ovulazione Billings® rafforza le coppie tramite la conoscenza necessaria ad ottenere o evitare la gravidanza in modo naturale. Il Metodo è altamente efficace se adeguatamente appreso e se vengono applicate le Regole in modo corretto. Molte coppie che usano questo metodo per avere una gravidanza la otterranno, tuttavia la gravidanza non può essere garantita. Gli ultimi studi del Metodo dell'Ovulazione Billings® mostrano un'efficacia superiore al 99% per evitare la gravidanza. Non esiste un metodo per evitare la gravidanza che sia efficace al 100%. Quando una coppia fertile ha attività sessuale, deve essere presa in considerazione la possibilità di una gravidanza.

### Ho letto e compreso la dichiarazione di cui sopra.

Firma/e: (D) \_\_\_\_\_ (U) \_\_\_\_\_

Firma dell'insegnante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Mi impegno a fornire i materiali esplicativi a: \_\_\_\_\_

Firmato \_\_\_\_\_

**Storia delle mestruazioni:** Età 1° mestruazione: \_\_\_\_\_ Età cicli regolari: \_\_\_\_ Lunghezza normale del ciclo \_\_\_\_\_

N° abituale di giorni di sanguinamento: \_\_\_\_ Sanguinamenti abbondanti? S / N Prolungati? S / N Coaguli? S / N

**Prodotti utilizzati durante il flusso** (si prega di cerchiare): assorbenti tamponi coppetta mestruale salva slip altro

**N° di gravidanze** : \_\_\_\_ N° figli: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Aborti spontanei : \_\_\_\_ Anno/i: \_\_\_\_\_ Gravidanze ectopiche: \_\_\_\_ Anno/i: \_\_\_\_\_ IVG: \_\_\_\_ Anno/i: \_\_\_\_\_

**Allattamento:** S / N No. Poppate: \_\_\_\_\_ Aggiunte: \_\_\_\_\_ Solidi: \_\_\_\_\_ Mestruazioni ritornate? \_\_\_\_\_

**Storia della regolazione delle nascite:**

**Naturale:** Metodo Ovulazione Billings® \_\_\_\_\_ **Sintotermico** \_\_\_\_\_ **Altro** \_\_\_\_\_

**Uso precedente di Contraccettivi:**

Tipo	Nome farmaceutico	Età primo utilizzo	Anni di utilizzo	Anno interruzione uso	Effetti collaterali
C.O.					
C.O.					
Impianto					
Iniezione					
IUD					
Altro					
Pillola giorno dopo					
Quante volte usata			Ultimo utilizzo		

Condom \_\_\_\_\_ Diaframma \_\_\_\_\_ Spermicidi \_\_\_\_\_ Coito Interrotto \_\_\_\_\_

**Farmaci:** **Ormonali** (cerotti/TOS) \_\_\_\_\_

**Altro:** (incl. Rimedi Omeopatici/Erboristici) \_\_\_\_\_

**Tabacco / Altro:** **Donna** \_\_\_\_\_ **Uomo** \_\_\_\_\_

**Controindicazioni alla gravidanza** \_\_\_\_\_

**Patologie Congenite / Genetiche:** \_\_\_\_\_

**MST / Infezioni pelviche / Interventi addominali** \_\_\_\_\_

	Famiglia			
	Donna	Uomo	D	U
Endometriosi				
PCOS				
Diabete				
Pressione sanguigna				
Colesterolo				
Tiroide				
Prolattina				
Allergie ai metalli				
Problemi di peso				

**Terapie per condizioni prediagnosticate:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Esami del sangue recenti:**

Estrogeni Progesterone FSH LH  
Prolattina Tiroide Testosterone Vitamina D  
Glicemia Curva da carico glucidico  
Livelli di ferritina (Deposito di Ferro)

**Fattori di sub-fertilità:**

Da quanto tempo ricercano: \_\_\_\_\_ Conoscenza del sintomo del muco: **Sì / No** Spermioγραμμα recente: \_\_\_\_\_

**Pervietà tubarica:** \_\_\_\_\_ **Ecografia:** \_\_\_\_\_ **Farmaci per la fertilità:** \_\_\_\_\_

**Cicli di trattamento FIV:** Quanti \_\_\_\_\_ Data dell'ultimo trattamento: \_\_\_\_\_

Vaccino anti-rosolia S / N	Pap test S / N	Autopalpazione del seno S / N	Folati S / N
----------------------------	----------------	-------------------------------	--------------



