

Accertamenti preliminari obbligatori per i trattamenti di procreazione medicalmente assistita

A cura della Dr.ssa Corina Lepadatu

I soggetti che si rivolgono ad un centro per un trattamento di procreazione medicalmente assistita devono aver effettuato gli accertamenti previsti dal D.M. 10/9/98 in funzione preconcezionale per la donna, l'uomo e la coppia e lo screening per l'epatite B (HBV) e per l'epatite C (HCV) (legge 40/2004 e D.M. 21/7/04).

1. Prestazioni specialistiche per la donna (D.M. 10/9/98):

- VIRUS ROSOLIA (Ig G, Ig M) (se non esiste una immunità accertata)
- TOXOPLASMA (Ig G, Ig M) (se non esiste una immunità accertata)
- EMOCROMO COMPLETO
- RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel) (in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti)
- ELETTROROFRESI EMOGLOBINA (emoblobine anomale : HbS, HbD, HbH, ecc. in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti)
- ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto] (in caso di rischio di isoimmunizzazione)
- ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test] (precedente oltre 18 mesi)
- VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2]
- GRUPPO SANGUIGNO AB0 e Rh (D)
- TREPONEMA PALLIDUM [TPHA] [VDRL] [RPR]
- HCV; HBsAg.

2. Prestazioni specialistiche per l'uomo (D.M. 10/9/98):

- EMOCROMO COMPLETO (in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie)
- RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel - in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie)
- ELETTROROFRESI EMOGLOBINA (emoblobine anomale : HbS, HbD, HbH, ecc. in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti)
- VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2]
- GRUPPO SANGUIGNO AB0 e Rh (D)
- TREPONEMA PALLIDUM [TPHA] [VDRL] [RPR]
- HCV; HBsAg.

3. Prestazioni specialistiche per la coppia su indicazione dello specialista (D.M. 21/7/04):

- CARIOTIPO (coltura di linfociti periferici e cariotipo delle metafasi linfocitarie)
- FAVISMO (G6PDH)
- Ricerca delle delezioni del cromosoma Y (analisi delle mutazioni per studio regione AZF del cromosoma Y - per 4 volte - ed estrazione del DNA) in casi con gravi alterazioni del liquido seminale
- Ricerca mutazioni per fibrosi cistica (analisi di mutazione del DNA per screening fibrosi cistica - per 3 volte - ed estrazione del DNA)

* Gli esami ematochimici infettivologici devono essere ripetuti ogni 6 mesi.

* Gli esami ematochimici preoperatori (elettroliti, emocromo, glicemia, colinesterasi, ECG, azotemia, PT, PTT) non devono essere datati oltre un mese precedente alla data prevista per il prelievo ovocitario.

* Non devono essere ripetuti i seguenti esami: emogruppo, cariotipo, fibrosi cistica, favismo, rosolia e toxoplasma se è stato riscontrato lo stato di immunità nel precedente screening infettivologico.