



Dotazník – Asistovaná reprodukce

Pacientka

Jméno: Příjmení:
Rodné číslo: Číslo analýzy:
Zdr. pojišťovna Telefon:

Osobní anamnéza

Věk:

Prodělané choroby v dětství:

Současné onemocnění:

Kouření: Ne Ano Počet cigaret za den:

Alkohol: Ne Ano

Operace (rok a typ zákroku):

Užívané léky:

Gynekologická anamnéza

Menarche ve věku: Cyklus: pravidelný nepravidelný, po dnech / trvá dní

Užívání HAK / NHK: Ne Ano- preparát:.....

Gynekologické operace: Ne Ano- typ zákroku a rok:

Gravidity:

Spontánní koncepce: Ne Ano- počet:

Asistovaná reprodukce: Ne Ano- typ/počet:

inseminace/ IVF/ ICSI/

Porody (rok):

Spontánní aborty (rok):

UPT (rok):

Komplikace v graviditě (rok): Ne Ano - jaké:.....

Genealogie

Matka:

Rodina matky:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Otec:

Rodina otce:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Sourozenci:

Děti:





Dotazník – Asistovaná reprodukce

Datum vyplnění:

Partner pacientky

Jméno: Příjmení:
Rodné číslo: Číslo analýzy:
Zdr. pojišťovna Telefon:

Osobní anamnéza

Věk:

Prodělané choroby v dětství:

Současné onemocnění:

Kouření: Ne Ano Počet cigaret za den:
Alkohol: Ne Ano

Operace (rok a typ zákroku):

Parotitis (příušnice) v anamnéze: Ne Ano- věk :

Orchitis (záněty varlete): Ne Ano- jednostranný oboustranný, věk:

Úrazy varlete: : Ne Ano- jednostranný oboustranný, věk:

Nádory varlete: : Ne Ano- jednostranný oboustranný, věk:

Histologický typ nádoru:

Spermioqram (rok vyšetření a výsledek):

Užívané léky:

Genealogie

Matka:

Rodina matky:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Otec:

Rodina otce:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Sourozenci:

Děti:

Datum vyplnění:

