



DOTAZNÍK – ASISTOVANÁ REPRODUKCE



GHC GENETICS

PACIENTKA

jméno a příjmení

rodné číslo

zdravotní pojišťovna

číslo analýzy

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:

GENEALOGIE

Sourozenci:

Děti:

Datum vyplnění:

PARTNER PACIENTKY

jméno a příjmení

rodné číslo

zdravotní pojišťovna

číslo analýzy

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:

Spermiogram (rok vyšetření a výsledek):

Užívané léky:

GENEALOGIE

Matka:

Rodina matky:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Otec:

Rodina otce:

Matka:

Otec:

Sourozenci:

Sourozenci:

Děti:

Datum vyplnění:

