

Број:

1. Име и презиме **жене** _____

Датум рођења _____ Занимање _____

Телефон _____

Адреса: _____

2. Име и презиме **мушкарца** _____

Датум рођења _____ Занимање _____

Телефон _____

Брачни статус (заокружите): 1) брачна заједница 2) ванбрачна заједница *колико година _____

Знате ли да је BMI (body mass index) >30 искључујући фактор за вантелесну коју финансира РФЗО?

ДА НЕ (заокружите)

Да ли сте **пушач**? ДА НЕ Уколико сте пушач, колико цигарета дневно конзумирате? _____

Да ли сте у прошлости пушили? ДА НЕ Уколико јесте, колико цигарета дневно сте конзумирали? _____

Да ли конзумирате алкохол? (заокружите одговор, а уколико је заокружени одговор под бројем 1, 2 или 3 одговорити и додатно у наставку)

- 1) свакодневно (навести коју врсту пића): _____
- 2) повремено (навести коју врсту пића): _____
- 3) ретко (навести коју врсту пића): _____
- 4) некада јесам, али сам престала
- 5) никад

Да ли користите психоактивне супстанце (заокружите одговор, а уколико је заокружени одговор под бројем 1, 2, 3 или 4, одговорити и на додатно постављено питање – "навести коју врсту"?)

- 1) свакодневно (навести коју врсту): _____
- 2) повремено (навести коју врсту): _____
- 3) ретко (навести коју врсту): _____
- 4) пробала сам (навести коју врсту): _____
- 5) никад

I. ЛИЧНА АНАМНЕЗА

Да ли болујете од било које **болести** (да ли идете на било које дијагностичке процедуре и испитивања, узимате ли таблете, капсуле, примате ли ињекције или инфузије, да ли сте на посебном режиму исхране)? Да ли имате нека стања која захтевају праћење (**тромбофилије, фиброаденоме дојки**)? Уколико је одговор ДА, напишите и које. Уколико имате неку болест или стање, потребно је да донесете одобрење лекара (који прати или лечи ту болест или стање) за процес вантелесне оплодње!

ДА НЕ _____

Да ли имате **алергије** на лекове; уколико имате, наведите на које.

ДА НЕ _____

Да ли сте имали неку **операцију** (отворена операција, лапароскопија, хистероскопија, операцију киле, слепог црева, крајника)? Уколико сте имали, потребно је приложити све отпусне листе операција.

ДА НЕ _____

II. ПОРОДИЧНА АНАМНЕЗА

Да ли неко у вашој најближој породици болује од туберкулозе, карцинома и других малигнитета, дијабетеса, артеријске хипертензије, обољења срца, плућа, бубрега, жлезда или од наследних или других болести од значаја за наслеђивање? Уколико је одговор ДА, наведите које су то болести или стања:

III. АНАМНЕЗА МЕНСТРУАЦИЈА

Прву менструацију добила сам са _____ година.

Да ли су вам менструациони циклуси редовни? ДА НЕ
(под редовним циклусима се подразумевају они који се јављају на 24 до 35 дана)

Уколико су **циклуси редовни**, они долазе на _____ дана, а менструација траје од _____ до _____ дана.

Менструације су (можете заокружити и више одговора):

- 1) оскудне (мала количина крви)
- 2) умерено обилне (уобичајена количина крви)
- 3) веома обилне (велика количина крви)
- 4) безболне
- 5) слабо болне
- 6) умерено болне
- 7) јако болне (неопходно је да узмем лек против болова)

Уколико су циклуси **нередовни** (ово попуњавају само особе са нередовним циклусима), они долазе најкраће на _____ дана, а најдуже на _____ дана.

Датум последње менструације: _____

IV. ГИНЕКОЛОШКА ОБОЉЕЊА

Да ли имате/или сте имали нека гинеколошка обољења? Уколико је ДА, навести када и која (миоми, полип, септум).

ДА НЕ _____

V. РЕПРОДУКТИВНА АНАМНЕЗА

Да ли сте имали **порођаје**? Уколико је ДА, навести годину, и на који начин (царски рез или природан порођај; евентуалне компликације након порођаја), да ли је дете на рођењу било здраво или мртворођено.

ДА НЕ _____

Да ли сте имали **спонтане побачаје**? Уколико сте имали побачаје, колико сте их имали, које године, и да ли су тада рађене киретаже?

ДА НЕ _____

Да ли сте имали **намерне побачаје** (прекиде трудноће - киретаже)? Уколико сте имали прекиде трудноће, колико сте их имали и које године?

ДА НЕ _____

Да ли сте имали **ванматеричну трудноћу** (ако сте имали, напишите које године и да ли сте том приликом лечени лековима или сте оперисани било отвореном било лапароскопском операцијом)?

VI. ИСПИТИВАЊЕ И ЛЕЧЕЊЕ СТЕРИЛИТЕТА

Да ли сте радили хистеросалпингографију (HSG), сонохистерографију (HyCoSy), SIS (Saline Infusion Sonohysterography)? Када и где? Приложите отпусну листу-извештај од ових процедура.

ДА НЕ _____

Да ли сте радили **инсеминације**? Уколико сте радили, навести колико пута сте их радили и да ли сте том приликом користили лекове за стимулацију јајника (Кломифен, Фемара...).

ДА НЕ _____

Да ли сте радили **вантелесну оплодњу**? Колико пута? Када и где? Приложите отпусну листу.

ДА НЕ _____

Упитник сам у потпуности разумела и самостално га попунила, а ту чињеницу и тачност датих података

потврђујем својеручним потписом: _____

Попуњава ЛЕКАР Одељења АРТ ГАК Народни фронт, а на основу приложене документације:

Toxoplasma	FSH	
Rubella	LH	Спермограм
HBs	PG	Спермокултура
HCV	PRL	
HIV	T	HBs
VDRL	E2	HCV
	T3	HIV
Chlamydia	T4	VDRL
Колпоскопија	TSH	Брис уретре
РА	AMH	Chlamydia
CB, VB, DMP		
HSG		
УЗ:		

Тежина _____ кг

Висина _____ цм

ВМІ _____

Датум:

☐ Издата је потврда Комисије о **укључењу** у процес БМПО који финансира Република Србија.

☐ Издата је **допуна** Комисије.

☐ Издата је потврда Комисије о **искључењу** из поступка БМПО.

Факсимил и потпис лекара