**Upitnik za ženu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ime:** |  | **Prezime:** |  |
| **Djevojačko prezime:** |  |  |  |
| **Datum rodjenja:** |  | **Matični broj:** |  |
| **Državljanstvo:** |  | **Bračni status:** |  |
| **Ulica:** |  |  |  |
| **Mob. telefon:** |  | **E-mail adresa:** |  |
| **Profesija:** |  | **Skype:** |  |
| **Zdravstveno osiguranje:** |  | **Krvna grupa i Rh faktor:** |  |
| **Visina (cm):** |  | **Težina (kg):** |  |
| **Boja kose:** |  | **Boja očiju:** |  |

**Porodična anamneza**

Da li su se u Vašoj porodici javljala niže navedena oboljenje? Ukoliko jesu, koja i kod koga (braća/sestre/roditelji/babe/đedovi)?

|  |  |
| --- | --- |
| Nasledne bolesti, kongenitalne malformacije (npr. Down syndrom) |  |
| Onkološke bolesti (npr. rak dojke, jajnika) |  |
| Interne bolesti (dijabetes, visok pritisak) |  |
| Poremećaji zgrušavanja krvi i trombotske bolesti (tromboza vena, plućna embolija, infarkt kokarda, moždani udar) |  |
| Psihijatrijska oboljenja |  |

**Lična anamneza**

Da li se liječite ili ste bili liječeni od nekih niže navedenih oboljenja? Ukoliko jeste, kada Vam je bolest dijagnostikovana? Opišite tok bolesti.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dijabetes |  | Bolesti bubrega |  |
| Visok krvni pritisak |  | Bolesti želudca i crijeva |  |
| Tromboza/ poremećaji zgrušavanja krvi |  | Neurološka oboljenja  (epilepsija, migrena,  SM) |  |
| Bolesti štitne žlijezde |  | Bolesti srca |  |
| Bolesti jetre |  | Onkološke bolesti |  |
| Polno prenosive bolesti (HIV, hepatitis, sifilis, gonoreja, chlamydie) |  |  |  |

Da li ste imali neke operacije? Ukoliko jeste, navedite godinu i vrstu operacije. Posebno, detaljno opišite operacije u predjelu abdomena i polnih organa (laparaskopije, histeroskopije, uklanjanje polipa/mioma, carski rez). Dodatno proslijedite kopije izvještaja sa ginekoloških operacija.

|  |  |
| --- | --- |
| Godina | Opis operacionog postupka |
|  |  |

Da li redovno uzimate ljekove? Ukoliko uzimate, napišite naziv lijeka i dozu.

|  |
| --- |
|  |

Da li imate alergije? Ukoliko imate, navedite koje, pogotovo na ljekove, flastere, i slično.

|  |
| --- |
|  |

**Ginekološka anamneza**

|  |  |
| --- | --- |
| Sa koliko godina ste dobili prvu menstruaciju? |  |
| Koliko traje Vaš ciklus? Na koliko dana dobijate menstruaciju i koliko dana ona traje?  **(1.dan menstrualnog ciklusa je dan kada počne krvarenje)** |  |
| Da li ste imali porodjaja? Kada? Da li se radilo o spontanom porodjaju ili carskom rezu? Kakvo je zdravstveno stanje Vaše djece? |  |
| Da li ste imali pobačaja? Kada? Da li se radilo o namjernom prekidu ili spontanom pobačaju? |  |
| Datum i rezultat poslednjeg PAP testa? |  |
| Kada je bio prvi dan poslednje menstruacije? |  |

**Trenutna oboljenja:**

Koliko dugo pokušavate da zatrudnite sa trenutnim partnerom? Navedite godinu.

|  |
| --- |
|  |

Kakvi su rezultati poslednjeg hormonskog profila? Dopunite u tabelu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hormon | Vrijednost | Datum pregleda (mjesec/godina) |
| **FSH** |  |  |
| **LH** |  |  |
| **TSH** |  |  |
| **Prolaktin** |  |  |
| **AMH – Anti Mullerian hormon (dopisati i mjernu jedinicu ng/ml ili pmol/l)!** |  |  |

Ukoliko ste se već liječili od neplodnosti, navedite broj inseminacija, IVF/ICSI, eventualnih komplikacija pri liječenju.

|  |
| --- |
|  |

Ukoliko ste već završili liječenje neplodnosti, molimo Vas da detaljno popunite sledeću tabelu. Istovremeno, mi tražimo kopiju prethodnog stimulacijskog protokola i sve rezultate koje tabela sadrži.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godina i tip protokola (dugi, kratki, antagonista) | Ljekovi i doza  (npr. Gonal F 225 IU dnevno + Cetrotide) | Broj jajnih ćelija | Endometrijum  (debljina u  mm prije embrio transfera (optimalno 7-12mm) | Broj prenijetih embriona | Broj zamrznutih embriona | Trudnoća  -DA  (porodjaj, pobačaj)  -NE |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Da li ste radili neka dodatna ispitivanja? Ukoliko jeste, koja i sa kakvim rezultatom.

|  |  |
| --- | --- |
| Genetska ispitivanja |  |
| Imunološka ispitivanja |  |
| Trombofilne mutacije (Leiden, Prothrombin, MTHFR, PAI 1) |  |
| Pregledi: chlamydie/mykoplasma/ureaplasma |  |

Ukoliko ste već imali liječenje sa donacijom jajnih ćelija, kakvu ste pripremu (terapiju) imali do embrio transfera, uključujući doze ljekova, i koja je bila debljina endometrijuma (u mm) prije embrio transfera.

|  |
| --- |
|  |

Kada planirate liječenje? (mjesec i godina)

|  |
| --- |
|  |

Svojim potpisom potvrđujem istinitost podataka ispunjenih u ovom upitniku. Bila sam obaviještena o potrebi za brzu dostavu informacija u vezi mog trenutnog zdravstvenog stanja i njegove promjene, kao i počinjanju, izmjeni ili završetku drugih tretmana liječenja.  
Obvezujem se da ću ispuniti informacijsku obavezu u prihvatljivoj formi IVF ljekaru, i uvijek bez nepotrebnog odlaganja.  
Napominjem da Fondacija Budi mama ne snosi nikakvu zakonsku odgovornost za posljedice netačnih podataka u ovom upitniku, odloženo ispunjenje ili neispunjenje informacijske obveze.  
  
U ........................ dana .........................  
Potpis ...................................................

Zahvaljujemo za ispunjavanje upitnika!