PCOS-ZENTRUM
DR. PEKIC

MUŠKA ANAMNEZA

KINDERWUNSCHZENTRUM
AN DER WIEN
- OBRUCA & STROHMER -

Ime: **Prezime** **Datum rođenja:**

Molimo vas da izdvojite 10 minuta vremena i da savjesno ispunite ovaj upitnik. Kroz to nam omogućavate, da vas savjetujemo na najbolji način te da zajedno iza beremo najbolju terapiju za vas.

1. Jeste li ikada prouzrokovali trudnoću?

□ ne
□ da - sa mojom sadašnjom ženom, kada?_____
Nakon terapije neplodnosti / steriliteta □ da □ ne
□ da - sa prethodnom ženom / suprugon / djevojkom
Nakon liječenja steriliteta / neplodnosti? □ da □ ne

2. Oboljenja / Smetnje reprodukcionog trakta / sistema:

Pitanje	**Ne**	**Da**	**detalji**
Jeste li sterilisani?	□	□	Kada? godine
Ukoliko da, jeste li naknadno radili resterilizaciju?	□	□	Kada? godine
Imate li urođenu ili stećenu manu kanala za transport spermatozoida?	□	□	□ lijevo □ desno
Jeste li u djetinjstvu imali izostalo/zakašnjelo spuštanje testisa?	□	□	□ lijevo □ desno
Jeste li ikada imali upalu testisa?	□	□	Kada? godine
Jeste li ikada imali povredu testisa?	□	□	Kada? godine
Jeste li imali proširenje vena na testisima (Varikocelu)?	□	□ □	Još nisam operisan Operisan .....godine
Jeste li imali tunor testisa?	□	□ □	Još nisam operisan Operisan .....godine
Imate li problema sa erekcijom?	□	□	

* Komentari/Detalji

3. Bitni pregledi:

Važno: Molimo da nam pošaljete nalaze!

Pitanje	**Ne**	**Da**	**detalji**
Da li ste ikada radili pregled ejakulata (Spermiogram)?	□	□	mjesec i godina
Jeste li već bili pregledani kod urologa?	□	□	mjesec i godina
Da li je pri tome bila pregledana i prostata?	□	□	□ OK □ nije OK
Je li bio urađen pregled hromozoma?	□	□	□ OK □ nije OK
Je li urađen test na cističnu fibrozu?	□	□	□ OK □ nije OK
Jesu li ikada uzeti primjerci tkiva testisa (biopsija)?	□	□	□ lijevo □ desno godine.....

* Komentari/Detalji

4. Bolujete li odnosno da li ste bolovali od slijedećih oboljenja?

Bolest	ne	da	detalji	Od kada?	liječenje vidi *5
Alergije na lijekove	□	□	Na:		□ da*
Rak (karcinom)/drugi tumori	□	□	Koji:		□ da*
Zaušci	□	□	Bolest je zahvatila testise	□ da	
Šećerna bolest (Diabetes)	□	□			□ tablete □ insulinske šprice
Visok krvni pritisak (tlak)	□	□			□ da*
Plučne bolesti (astma/bronhitis)	□	□	bolujem od:		□ da*
Neurološka oboljenja (epilepsija, depresije, traume)	□	□	bolujem od:		□ da*
Oboljenja bubrega (upale, ciste, oslabljena funkcija)	□	□	bolujem od:		□ da*
Oboljenja srca (infarkt, oboljenja zalistaka, aritmije)	□	□	bolujem od:		□ da*
Oboljenja jetre (hepatitis, ciroza, ciste, masna jetra)	□	□	bolujem od:		□ da*
Želudac i crijeva (upale, gastritis, čir)	□	□	bolujem od:		□ da*
Oboljenja štitnjače	□	□	bolujem od:		□ da*

* Komentari/Detalji

5. Ukoliko redovno uzimate lijekove, molimo vas da nam date slijedeće podatke:

ime lijeka	doza	od kada	zašto

6. Da li ste već imali neke druge operacije u predjelu stomaka i genitalnih organa?

□ ne □ da koje:

7. Koliko ste trenutno teški i visoki?

.....kg.....cm

8. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašom partnerkom (suprugom/ženom)?

.....Puta u sedmici (tjednu/nedelji) .....Puta u mjesecu

9. Pušite li i da li ste ikada pušili?
□ nikada
□ ne pušim već .....mjeseci.....godina
□ da,.....zigareta na dan

10. Pijete li alkohol?
□ ne □ rijetko □ ponekad □ redovno

11. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?
□ nisam
□ jesam, prije □ jesam sada - koja?.....

12. Ima li u vašoj familiji/obitelji/porodici slijedećih oboljenja?
□ Nasljedne bolesti* □ Karcinomi (> 2 člana famlije/porodice)
□ Neplodnosti* □ Druga teška oboljenja *

* Molimo da navedete oboljenje, odnosno detalje o njemu (ko boluje, ko je bolovao?)

_____

13. Kojim se pozivom trenutno bavite?

_____

14. Kako ste saznali za naš institut i za doktoricu Dijanu Pekić?

□ Internet - kako ste tražili?

_____

□ Preporuka od ginekologa - Ko je vaš ginekolog? _____
□ Preporuka od poznanika ili rodbine
□ Na neki drugi način - koji?_____

Najljepša hvala na vašim odgovorima i na ukazanom povjerenju. Radujemo se našem prvom susretu i početku ostvarivanja vaše želje za bebom.