

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

Molimo vas da izdvojite 15 minuta vremena i da savjesno ispunite ovaj, za vaše liječenje jako bitan, upitnik. Kroz to ćete nam omogućiti, da vas savjetujemo na najbolji način te da izaberemo za vas najbolju terapiju.

1. Koliko dugo vi i vaš sadašnji partner pokušavate da dobijete dijete?

.....mjeseci ili.....godina

2. Kakav vam je menstruacioni ciklus (= razmak između prvog dana jednog krvarenja do prvog dana slijedećeg)?

- redovan otprilike svakihdana
 neredovan izmeđuidana
 već odavno nemam krvarenja

3. Imate li bolove za vrijeme menstruacije? ne da

4. Imate li bolove pri spolnom odnosu? ne da

5. Jeste li već bili trudni?

- ne da

Ukoliko „da“ molimo da date informacije o trudnoćama:

godina	Porod (G) Prekid (A) Pobačaj (F) Vanmaterična trudnoća (E)	Sa sadašnjim partnerom	Nakon terapije neplodnosti
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

6. Da li su u prethodnim trudnoćama nastupile komplikacije, npr. visok pritisak, šećer, veliki gubitak krvi, carski rez, prerani porod, problemi pri odvajanju posteljice?

- ne
 da

Ukoliko „da“ koje su to komplikacije bile?

7. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašim partnerom?

.....puta u sedmici ili.....puta u mjesecu

8. Da li ste, zbog problema neplodnosti / steriliteta, već bili liječeni kod nekoga drugog ljekara?

- ne
 da, većmjesecigodina

vrsta liječenja	broj pokušaja	trudnoća
Stimulacija jajnika sa hormonima		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa ejakulatom od partnera		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa tuđim ejakulatom		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja (IVF)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja sa mikroinjekcijom (ICSI)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Transfer kriokonzervisanih embriona		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

9. Pri prethodnim stimulacijama jajnika ili prilikom inseminacija:

Koje ste lijekove uzimali?.....

10. Prethodna IVF- odnosno ICSI- liječenja:*

* Ukoliko ste već imali više od 4 liječenja, molimo da navedete samo četiri zadnja:

Br.	godina	IVF	ICSI	Broj dobijenih jajnih ćelija	Broj transferiranih embriona	Broj zamrznutih embriona	trudnoća
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

Koje ste lijekove koristili u prethodnim IVF- ili ICSI-liječenjima?

.....

Napomena: Imate puno pravo da od vašeg prijašnjeg IVF-Centra zatražite detaljne planove stimulacije od prethodnih IVF- odnosno ICSI-liječenja, kao i list dokumentacije IVF-Fonda! Ukoliko vam je to jednostavnije nego da ispunjavate gore prikazanu tabelu, možete nam jednostavno poslati protokole od prethodnih liječenja.

11. Da li je pri prethodnim stimulacijama odnosno IVF- i ICSI-liječenjima bilo komplikacija?

- ne
 Hiperstimulacija (OHSS) preslaba reakcija na stimulaciju
 Izostanak oplodnje težak odnosno bolan transfer
 druge:.....

12. Pušite li i da li ste ikada pušili?

- nikada
 ne pušim većmjeseci.....godina
 da,.....zigareta na dan

13. Koliko ste trenutno teški i visoki?

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

14. Pijete li alkohol?

- ne rijetko ponekad redovno

15. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?

- ne
 da, prije da, sada - koja?.....

16. Kojim se pozivom trenutno bavite?

.....

17. Jeste li već imali pregled jejavoda?

- ne da ito godine

18. Pomoću koje metode je bio urađen pregled prohodnosti jajovoda?

- rendgenski snimak (HSG) laparoskopijom ultrazvučno

19. Kakav je bio rezultat tog pregleda jajovoda?

- Lijevo: prohodan neprohodan
Desno: prohodan neprohodan

Molimo vas da nam pošaljete nalaz!

20. Jeste li već bili operisani u području stomaka ili zdjelice?

- ne
 da

Ukoliko „da“ molimo da nam date podatke o operacijama

godina	Operacije u području stomaka ili zdjelice Slijepo crijevo (A) Carski rez (S) Laparoskopija (L) Histeroskopija (H) Operacije sa velikim rezom na stomaku (T) Čišćenja-Kiretaže (C) Konizacija (K)	Zbog čega je operacija bila urađena?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	Ostale operacije, i one izvan područja stomaka	

21. Jesu li pri jednoj od operacija bili operisani i vaši jajovodi (=tube, kanali) ili jajnici?

- ne
 da

Ukoliko „da“ molimo da nam pošaljete nalaze koje ste dobili u bolnici.

22. Postoje li odnosno jesu li postojale posebnosti na vašoj materici?

- ne
 da, ito.....

23. Imate li, odnosno jeste li imali slijedeće bolesti i tegobe?

Oboljenja:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Endometrijoza | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | | |
| Ciste na jajnicima | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Tromboza | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Alergije | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Alergija na penicilin | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Pluća (Astma, Bronhitis) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Štitnjača | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Želudac i crijeva | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Šećerna bolest | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Bubrezi | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Epilepsija | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Srce-krvotok | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Varikoza | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Jetra | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Visok pritisak | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Metabolizam | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Karcinom/tumori | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |

* Molimo da navedete oboljenje i detalje uz to (od kada je poznato, čime se liječite):

24. Ima li u vašoj porodici/obitelji/porodici slijedećih oboljenja?

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Nasljedne bolesti | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Karcinomi | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Neplodnost | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Druga teška oboljenja | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |

* Molimo da navedete oboljenje, odnosno detalje o njemu (od kada je poznato, kako liječeno, ko boluje)

25. Uzimate li redovno lijekove?

- ne
 da

Ukoliko „da“, onda vas molimo da ispunite slijedeću tabelu:

ime i doza lijeka	od kada	zašto

26. Koji od slijedećih pregleda je kod vas već bio urađen?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Štitnjača | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Nalaz hromozoma (Kariogram) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Genetika; cistična fibroza | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Imunologija | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Zgrušavanje krvi - specijalno | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |

Ukoliko imate nalaze od tih pregleda molimo vas da nam ih pošaljete.

27. Kako ste saznali za naš institut odnosno 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.