

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 / suprugom / djevojkom

 Nakon liječenja steriliteta / neplodnosti? da ne

2. Oboljenja / Smetnje reproduccionog trakta / sistema:

Pitanje	Ne	Da	detalji
Jeste li sterilisani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Ukoliko da, jeste li naknadno radili restertilizaciju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Imate li urođenu ili stećenu manu kanala za transport spermatozoida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li u djetinjstvu imali izostalo/zakašnjelo spuštanje testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li ikada imali upalu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li ikada imali povredu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li imali proširenje vena na testisima (Varikocelu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan
		<input type="checkbox"/>	Operisangodine
Jeste li imali tunor testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan
		<input type="checkbox"/>	Operisangodine
Imate li problema sa erekcijom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Komentari/Detalji

3. Bitni pregledi:
Važno: Molimo da nam pošaljete nalaze!

Pitanje	Ne	Da	detalji
Da li ste ikada radili pregled ejakulata (Spermiogram)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mjesec i godina
Jeste li već bili pregledani kod urologa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mjesec i godina
Da li je pri tome bila pregledana i prostata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li bio urađen pregled hromozoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li urađen test na cističnu fibrozu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Jesu li ikada uzeti primjerci tkiva testisa (biopsija)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na:		<input type="checkbox"/> da*
Rak (karcinom)/drugi tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koji:		<input type="checkbox"/> da*
Zaušci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolest je zahvatila testise	<input type="checkbox"/> da	
Šećerna bolest (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> tablete <input type="checkbox"/> insulinske šprice
Visok krvni pritisak (tlak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> da*
Plućne bolesti (astma/bronhitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Neurološka oboljenja (epilepsija, depresije, traume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja bubrega (upale, ciste, oslabljena funkcija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja srca (infarkt, oboljenja zalistaka, aritmije)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja jetre (hepatitis, ciroza, ciste, masna jetra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Želudac i crijeva (upale, gastritis, čir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja štitnjače	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> 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)?

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

9. Pušite li i da li ste ikada pušili?

- nikada
- ne pušim većmjeseci.....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 porodici/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.