

ПРИЈАВА ПОЧЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - ВТО

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМПО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене - дан, месец, година: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

У случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: 1. Легалност технике или процедуре 2. Легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године) 3. Цена 4. анонимност 5. Претходни неуспели термини 6. Други разлози

У случају других разлога, навести _____

Број покушаја: 1. ВТО 2. ИУI а) са сопственим репродуктивним ћелијама б) са донираним репродуктивним ћелијама

1.	2.	a)	б)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Врста БМПО циклуса: I. ВТО са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI)
II. Циклус са замрзавањем јајних ћелија III. Циклус са замрзавањем ембриона

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус; А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. Ин витро матурација; 4. Друго (навести) _____

Да ли су рађене:

1.	2.	a)	б)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Преинплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не

2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Датум почетка циклуса: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Први дан стимулације - дан, месец, година

Датум:

I _ I _ I
дан

I _ I _ I
месец

I _ I _ I _ I
година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара