

ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - VTO

(завршно са ембриотрансфером)

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 третмани 6. Други разлози

У случају других разлога, навести _____

Број покушаја: 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) дониране репродуктивне ћелије

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

Врста БМПО циклуса: I. VTO 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)	b)
<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

Порекло репродуктивних ћелија:

1. Семених ћелија супружника/ванбрачног партнера 2. Јајне ћелије супружника/ванбрачног партнера

а) из ејакулата б) микрохируршки

в) електроејакулација г) ретроејакулација

a)	b)	v)	g)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Аспирација: 1. Да 2. Не (отказивање)

Датум аспирације:

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

Број аспирираних јајних ћелија:

Налаз спермограма на дан аспирације према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО):

1. Нормозооспермија 2. Олигозооспермија 3. Олигоастенозооспермија 4. Астенозооспермија 5. Олиго-астенотератозооспермија 6. Астенотератозооспермија 7. Тератозооспермија 8. Некрозооспермија 9. Некрооспермија

Број добијених јајних ћелија

Број употребљених јајних ћелија:

Број неупотребљених јајних ћелија:

Замрзавање јавних ћелија:

1. Не 2. Да, током регуларног БМПО циклуса 3. Да, циклус специфично покренут ради замрзавања јајних ћелија

Број замрзнутих јајних ћелија

Разлог замрзавања јајних ћелија (навести) _____

Број преосталих јајних ћелија

а) донираних б) датих у научноистраживачке сврхе в) дезинтегрисаних

а) б) в)

Укупни број раних ембриона:

а) враћених у тело жене б) замрзнутих в) дезинтегрисаних г) датих у научноистраживачке сврхе

а) б) в) г)

Датум завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса)

Датум:

__ __ __

дан

__ __ __

месец

__ __ __ __ __

година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара