

ПРИЈАВА ИСХОДА ЦИКЛУСА ИНТРАУТЕРИНЕ ИНСЕМИНАЦИЈЕ (IUI)

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

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

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

--	--	--	--	--	--

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

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

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

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Ништа

а) Биохемијска трудноћа б) Клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион)

в) Ектопична трудноћа г) Хетеротопична трудноћа

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

Исход трудноће (навести старост трудноће):

1. Порођај а) вагинални (_____) б) царски рез (_____)
 2. Побачај (_____) 3. Индуковани побачај (_____) 4. Интраутерина смрт плода (_____)
 5. Ектопична трудноћа (_____) 6. Изгубљена из даљег праћења

Ембрио/фетална редукција: 1. Не 2. Да

Датум исхода трудноће, уколико је познато: дан, месец, година

--	--	--	--	--	--

Датум када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода: дан, месец, година

--	--	--	--	--	--

Број рођених беба:

Здравствени статус бебе:

1. Живорођење 2. Мртворођење 3. Рана неонатална смрт 4. Непознато

Телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају:

Плод 1:	Плод 2:	Плод 3:	Плод 4:
ТМ (g) _____	ТМ (g) _____	ТМ (g) _____	ТМ (g) _____
ТД (cm) _____	ТД (cm) _____	ТД (cm) _____	ТД (cm) _____
ГС (недеље) ____	ГС (недеље) ____	ГС (недеље) ____	ГС (недеље) ____

Конгениталне аномалије: 1. Не 2. Да 3. Непознато

Описати аномалију: _____

Исход трудноће код малформације фетуса/бебе:

1. Побачај (спонтани) 2. Индуковани побачај 3. Мртворођење 4. Живорођење 5. Рана неонатална смрт.

Компликације KOS (контролисана стимулација оваријума) код мајке: Синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом): 1. Не 2. Да

Компликација интраутерине инсеминације: 1. Не 2. Инфекција

3. Друге (навести) _____

Смрт мајке (жене): 1. Не 2. Да

Датум:

I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I
дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара