

## ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - VTO

са донираним репродуктивним ћелијама  
(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 третман 6. Други разлози

У случају других разлога, навести \_\_\_\_\_

Јединствени идентификациони број донора: \_\_\_\_\_

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"/>

Врста БМПО циклуса: I. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI)

II. VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус; А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти;

3. Друго (навести) \_\_\_\_\_

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

Да ли су рађене:

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

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

Старост донора (број година)

1. Специфични донор за једног реципијента 2. Друго (навести) \_\_\_\_\_

Порекло репродуктивних ћелија:

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

II. Семених ћелија донора 1. свеже 2. замрзнуте/одмрзнуте а) из ејакулата б) микрохируршки в) електроејакулација г) ретројејакулација

II. Јајне ћелије донора 1. свеже 2. замрзнуте/одмрзнуте

Аспирација: 1. Да 2. Не (отказивање)

Датум аспирације: \_\_\_\_\_

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

Број аспирираних донираних 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 јајних ћелија: 1. Не 2. Да, током регуларног БМПО циклуса

Број замрзнутих јајних ћелија:

Разлог замрзавања јајних ћелија (навести): \_\_\_\_\_

Број преосталих јајних ћелија:

а) датих у научноистраживачке сврхе

б) дезинтегрисаних

а) б)

 

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:

I \_ I \_ I   I \_ I \_ I   I \_ I \_ I \_ I

дан

месец

година

М.П.

\_\_\_\_\_   
 Факсимил и потпис одговорног лекара