

ПРИЈАВА ИСХОДА ЦИКЛУСА И ТРУДНОЋЕ ИЗ ПОЈЕДИНАЧНОГ ПОСТУПКА БМПО - VTO

са донираним репродуктивним ћелијама

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: _____

Јединствени идентификациони број донора: _____

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

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

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

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

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

Да ли су рађене: 1. Преинплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не
2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

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

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Ништа

а) Биохемијска трудноћа б) Клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион)
в) Ектопична трудноћа г) Хетеротопична трудноћа

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

Исход трудноће (навести старост трудноће):

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

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

<input type="text"/>

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

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

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

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

Број рођених беба:

<input type="text"/>

Здравствени статус бебе: 1. Живорођење 2. Мртворођење 3. Рана неонатална смрт 4. Непознато

<input type="text"/>

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 аспирације јајне ћелије: 1. Не 2. Крварење 3. Инфекција 4. Оба 5. Друге (навести) _____

Смрт мајке (жене): 1. Не 2. Да

Датум:

I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I

дан

месец

година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара