

ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА ИНТРАУТЕРИНЕ ИНСЕМИНАЦИЈЕ (IUI)

са донираним семеним 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:

--	--	--	--

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.	а)	б)

Порекло донираних семених ћелија:

1. свеже 2. замрзнуте/одмрзнуте

Тип циклуса: 1. Спонтани циклус 2. Стимулисан циклус

Датум инсеминације: дан, месец, година

--	--	--	--

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Ништа

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

в) Ектопична трудноћа г) Хетеротопична трудноћа

Датум:

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

дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара