

## ПРИЈАВА ИСХОДА ЦИКЛУСА ИНТРАУТЕРИНЕ ИНСЕМИНАЦИЈЕ (IUI)

са донираним семеним ћелијама

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: \_\_\_\_\_

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

Место пребивалишта и адреса: \_\_\_\_\_

Земља сталног боравка: \_\_\_\_\_

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

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

1.	2.	a)	b)
<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 трудноће, уколико је познато: дан, месец, година

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

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

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

Описати аномалију: \_\_\_\_\_

Исход трудноће код малформације фетуса/бебе:

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

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

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  
дан        месец        година

М.П.

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