

ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - FET

са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима

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 _____

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

--	--	--	--

Врста БМПО циклуса: 1 VTO - Циклус са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима 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 | |

--	--	--	--

Број замрзнутих/одмрзнутих ембриона:

Број одмрзнутих ембриона:

Број употребљених одмрзнутих ембриона:

Број одмрзнутих ембриона:

а) датих у научноистраживачке сврхе б) дезинтегрисаних

--	--

Број преосталих замрзнутих ембриона:

Укупни број раних ембриона:

а) враћених у тело жене б) дезинтегрисаних в) датих у научноистраживачке сврхе

--	--	--

Датум завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса)

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

Датум:

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

дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара