

ПРИЈАВА ПОЧЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - VTO

са замрзнутим/одмрзнутим јајним 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: _____

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

1. 2. а) б)

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

Врста БМПО циклуса: 1 VTO (ICSI) - Циклус са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама

Да ли су рађене:

1. Преинплантациона генетска дијагностика (PGD)

а) да б) не

2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS)

а) да б) не

1. 2. а) б)

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

Порекло јајних ћелија: а) сопствене б) дониране

Датум почетка циклуса:

Први дан инсимијације јајне ћелије - дан, месец, година

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

Датум:

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

дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара