

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

Врста БМПО циклуса: 1 VTO (ICSI) - Циклус са замрзнутим/одмрзнутим семеним 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Порекло семени ћелија:

1. Семених ћелија супружника/ванбрачног партнера 2. Донор

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

- а) из ејакулата б) микрохируршки
в) електроејакулација г) ретројејакулација

Налаз спермограма на дан одмрзавања јајних ћелија: 1. Нормозооспермија 2. Олигозооспермија 3. Олигоастенозооспермија 4. Астенозооспермија 5. Олиго-астено-тератозооспермија 6. Тератозооспермија 7. Некрозооспермија 8. Некрооспермија према критеријумима Светске здравствене организације

Број замрзнутих/одмрзнутих јајних ћелија:

Број одмрзнутих јајних ћелија:

Број употребљених одмрзнутих јајних ћелија:

Број неупотребљених одмрзнутих јајних ћелија:

Број преосталих одмрзнутих јајних ћелија:

а) б) в)

- а) донираних б) датих у научноистраживачке сврхе в) дезинтегрисаних

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

Број преосталих замрзнутих јајних ћелија:

Укупни број раних ембриона:

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

а)	б)	в)	г)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Датум завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса)

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