

Образац ЛПСВП

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О СУПРУЖНИЦИМА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНИМ ПАРТНЕРИМА КОЈИ УЧЕСТВУЈУ У ПОСТУПКУ БМПО са донираним репродуктивним ћелијама

Здравствена
установа:

Датум
попуњавања
обрасца:

Јединствени идентификациони број донора:

ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПРИМАОЦА ДОНИРАНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Јединствени идентификациони број примаоца:

Име:

Презиме:

Име оца:

Девојачко
презиме:

Датум
рођења:

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

ЈМБГ:

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

Држава
рођења:

Место
рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

живи сама:

Висина (у метрима)	<input type="text"/>	Тежина (у килограмима)	<input type="text"/>	
Боја очију	плава <input type="checkbox"/>	зелена <input type="checkbox"/>	смеђа <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>
	друге боје	<input type="text"/>		
Боја косе (природна)	светло плава <input type="checkbox"/>	тамно плава <input type="checkbox"/>	светло смеђа <input type="checkbox"/>	
	тамно смеђа <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>	црвена <input type="checkbox"/>	
Структура косе	равна <input type="checkbox"/>	коврцава <input type="checkbox"/>	валовита <input type="checkbox"/>	
Боја коже	врло светла <input type="checkbox"/>	средње светла <input type="checkbox"/>	тамна <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>
Крва група и Rh фактор	A <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	Rh + <input type="checkbox"/>	
	B <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Rh - <input type="checkbox"/>	
Раса	бела <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>	жута <input type="checkbox"/>	

Лична анамнеза:

Број свих ранијих трудноћа природним путем	<input type="checkbox"/>	укупан број живорођене деце из трудноћа природним путем	<input type="checkbox"/>
Број свих ранијих трудноћа из БМПО поступака (IVF/IUI)	<input type="checkbox"/>	Укупан број живорођене деце из БМПО поступака (IVF/IUI)	<input type="checkbox"/>
Број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака	<input type="checkbox"/>	укупан број живорођене из хетерологних поступака	<input type="checkbox"/>

Трајање неплодности (у годинама)

Узроци неплодности/разлози за лечење

Поремећаји функције јајовода <input type="checkbox"/>	ендометриоза <input type="checkbox"/>	поремећаји функције материце <input type="checkbox"/>
поремећаји функције јајника <input type="checkbox"/>	менопауза <input type="checkbox"/>	избегавање генетских болести <input type="checkbox"/>
неразјашњено <input type="checkbox"/>		поремећаји код мушког партнера <input type="checkbox"/>

друго (навести)

Ако је прималац лечена у иностранству навести установу и државу

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА ПРИМАОЦА ДОНИРАНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Име:

Презиме:

Име оца:

Датум рођења:

ЈМБГ:

Држава рођења:

Место рођења:

Место пребивалишта и адреса:
улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање: у браку

ванбрачној заједници

Узроци неплодности/разлози за лечење

поремећаји сперматогенезе

азооспермија

избегавање генетских болести

неразјашњено

поремећаји код женског партнера

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечен у иностранству навести установу и државу

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара