

Vyplňte pečlivě tento dotazník před Vaší první návštěvou v centru nebo v jejím rámci.
Dotazy, kterým nerozumíte nebo odpověď neznáte, nevyplňujte.

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

<i>PACIENTKA</i> Titul, jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	PSČ:

<i>MANŽEL/PARTNER</i> Titul, jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu manžela/partnera: (případně jiná adresa)	PSČ:

Důvod pro doporučení:

Navštívila jste někdy nějakého lékaře s tímto problémem?

Jméno: _____

Datum poslední návštěvy: _____ (měsíc/rok)

Souhlasím se zasláním informace o průběhu léčby tomuto lékaři: o Ano o Ne (zatrhněte)

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Věk, kdy jste dostala první menzes: _____

Je vaše menstruace pravidelná? o Ano o Ne

Užíváte léky na úpravu menstruačního cyklu ? o Ano o Ne

Pokud ano, specifikujte léky a dávkování:

Kolik dnů je mezi prvním dnem jedné periody a prvním dnem periody následující ? _____

Datum poslední menstruace: _____

Kolik dnů většinou krvácíte? _____

Během menstruace míváte křeče? o Ano o Ne o Mírné o Někdy

Míváte průjem během menstruace? o Ano o Ne

Užíváte léky kvůli křečím? o Ano o Ne (specifikujte léky a denní dávkování) _____

Krvácíte nebo špiníte mezi periodami? o Ano o Ne

Špiníte před Vaší periodou? o Ano o Ne o Někdy

Mám další příbuzné s nepravidelnou menstruací. o Ano o Ne o Nevím

Poslední cytologický stěr z děložního čípku:

Datum (měsíc/rok) _____ Výsledek _____

Antikoncepce:

Nitroděložní tělísko o Ano o Ne od-do _____ důvod vysazení _____

Hormonální antikoncepce o Ano o Ne od-do _____ důvod vysazení _____

Jiná antikoncepce _____ od-do _____ důvod vysazení _____

Počet těhotenství: _____ Počet porodů v termínu (PT) : _____ Předčasné porody (PP) : _____

Počet porodů operačních (SC) _____ Potraty (P) : _____ Mimoděložní těhotenství (MT) : _____

Datum (měs./ rok)	Porod, potrat (PT,PP, SC,P,MT)	Hmot nost plodu	Týden grav.	Po léčbě pro neplodnost	Doba než jste otěhotněl a	Těhotenství se současným partnerem	Komplikace
				o Ano o Ne		o Ano o Ne	
				o Ano o Ne		o Ano o Ne	
				o Ano o Ne		o Ano o Ne	
				o Ano o Ne		o Ano o Ne	
				o Ano o Ne		o Ano o Ne	

Trpíte, nebo jste někdy trpěla nemocemi orgánů z následujícího seznamu? (Zkontrolujte celý seznam):

o AIDS/ pozitivní HIV o Štítná žláza o Anémie a nemoci krve o Epilepsie o Ovariální cysty
o Krevní transfuze o Genetické nemoci o Onemocnění srdce o Endometrióza o Křečové žíly
o Poruchy krevního srážení o Psychické nemoci o Pánevní záněty o Nemoci jater o Opary
o Mononukleóza o Hepatitida o Onemocnění plic o Deprese o Kapavka o Příušnice
o Vředy/kolitidy o Nemoci ledvin a močových cest o Drogová závislost o Chlamydie
o Tuberkulóza o Žlučnickové potíže o Kloubní nemoci o Ureaplasmata o Cukrovka o Vysoký
krevní tlak o Migrény o Lupus o Osteoporóza o Revmatická horečka o Neurologické
nemoci o Poruchy stravování o Sexuální zneužívání/znásilnění

Pokud ano, popište podrobněji (název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

Seznam alergií na léky:

Seznam současných léků (název, dávkování): _____

Operační výkony:

Datum (měs./rok)	Nemocnice	Diagnóza	Operace	Komplikace

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Vaše povolání: _____

Vzdělání: _____

Koníčky: _____

☐ Jste vystavena vlivu chemických látek ? (seznam) _____

☐ Kouření ☐ Ano ☐ Ne ___ cigaret/denně

☐ Aerobní cvičení ___ hodin/týdně ☐ Běh ___ km/týdně

Je toto Vaše první manželství? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ne, kolikrát jste byla vdaná? _____

Jak dlouho jste se současným partnerem? _____

GENETICKÁ ANAMNÉZA ŽENY

Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním? ☐ Ano ☐ Ne
Komentář _____

Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením? ☐ Ano ☐ Ne
Komentář _____

Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů? ☐ Ano ☐ Ne
Komentář _____

Trpíte někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)

☐ Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady ☐ Postižení ledvin/močového měchýře
☐ Vrozená vada srdce ☐ Ztráta svalové funkce ☐ Rozštěp páteře ☐ Ploché nohy ☐ Cystická fibróza
☐ Rozštěp rtu nebo patra ☐ Cukrovka ☐ Tay Sachsova choroba ☐ Stenóza pyloru ☐ Defekty neurální trubice
☐ Huntingtonova choroba ☐ Demence ☐ Časná menopauza ☐ Polycystické vaječníky
☐ Schizofrenie ☐ Předčasné úmrtí ☐ Mentální retardace

Pokud ano, popište podrobněji (člen rodiny, název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

RODINNÁ ANAMNÉZA ŽENY

Otec

Věk otce (pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel _____ Příčina úmrtí: _____

Otec otce (děda): Věk(pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel _____ Příčina úmrtí: _____

Matka otce (babička): Věk (pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela _____ Příčina úmrtí: _____

Sourozenci otce (teta, strýc)	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Jiní příbuzní z otcovy strany

Defekty při narození/věk/příčina úmrtí

Matka

Věk matky (pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela _____ Příčina úmrtí: _____

Otec matky /děda/: Věk(pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel _____ Příčina úmrtí: _____

Matka matky (babička): Věk (pokud žije) _____ Zdravotní stav: _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela _____ Příčina úmrtí: _____

Sourozenci matky (teta, strýc)	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Jiní příbuzní z otcovy strany

Defekty při narození/věk/příčina úmrtí

Bratři a sestry

Pohlaví Věk Zdraví

Zesnulí sourozenci

(včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)

Pohlaví Věk, kdy zemřel Příčina úmrtí

Děti

Pohlaví Věk Zdraví

Zemřelé děti

(včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)

Pohlaví Věk, kdy zemřel Příčina úmrtí

ANAMNÉZA NEPLODNOSTI

Jak dlouho se snažíte o těhotenství? _____roků

Jak často máte pohlavní styk? Obvykle _____kolikrát /týdně

Máte bolesti při styku? o Ano o Ne

Má Vás partner problémy s erekcí nebo ejakulací? o Ano o Ne

Máte problémy se vzrušením nebo vlhkostí ? o Ano o Ne

Provedená vyšetření (označte všechny testy, které byly provedeny)

o Bazální teplota

o Normální

o Abnormální

o Neprovedeno

o 3.den FSH

o Normální

o Abnormální

datum (měs./rok) _____

Výsledek _____

o Hormony

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Postkoitální test

o Normální

o Abnormální

datum _____

o HSG

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Biopsie endometria

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Laparoskopie

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Imunologie

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Genetické vyšetření

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Spermioqram

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Protilátky proti spermiím

o Normální

o Abnormální

datum _____

o Krevní skupina + Rh faktor _____ Partnerova krevní skupina + Rh faktor _____

PŘEDCHOZÍ LÉČBA

Popište předchozí léčbu

o Stimulace vaječníků pro spontánní otěhotnění (počet stimulací, datum, léky – clostilbegyt, gonadotropiny, pregnyl)

Komentář _____

o Inseminace (počet, datum, místo, léky ke stimulaci)

Komentář _____

o IVF 1 datum(měs./rok) _____ místo _____
Typ stimulace (léky) _____
Počet vajíček _____ ICSI o Ano o Ne Prodloužená kultivace o Ano o Ne
Asistovaný hatching o Ano o Ne Těhotenství o Ano o Ne
Kryokonzervace o Ano o Ne Počet zmražených embryí _____
Kryoembryotransfer o Ano o Ne Datum _____ Těhotenství o Ano o Ne
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)

o IVF 2 datum(měs./rok) _____ místo _____
Typ stimulace (léky) _____
Počet vajíček _____ ICSI o Ano o Ne Prodloužená kultivace o Ano o Ne
Asistovaný hatching o Ano o Ne Těhotenství o Ano o Ne
Kryokonzervace o Ano o Ne Počet zmražených embryí _____
Kryoembryotransfer o Ano o Ne Datum _____ Těhotenství o Ano o Ne
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)

o IVF 3 datum(měs./rok) _____ místo _____
Typ stimulace (léky) _____
Počet vajíček _____ ICSI o Ano o Ne Prodloužená kultivace o Ano o Ne
Asistovaný hatching o Ano o Ne Těhotenství o Ano o Ne
Kryokonzervace o Ano o Ne Počet zmražených embryí _____
Kryoembryotransfer o Ano o Ne Datum _____ Těhotenství o Ano o Ne
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Trpíte, nebo jste někdy trpěl nemocemi orgánů z následujícího seznamu? (*Zkontrolujte celý seznam*):

☐ AIDS/ pozitivní HIV ☐ Štítná žláza ☐ Anémie a nemoci krve ☐ Epilepsie ☐ Kýla
☐ Krevní transfuze ☐ Genetické nemoci ☐ Onemocnění srdce ☐ Nemoci prostaty ☐ Křečové žíly
☐ Poruchy krevního srážení ☐ Psychické nemoci ☐ Zánět varlete nebo nadvarlete ☐ Nemoci jater
☐ Opary ☐ Mononukleóza ☐ Hepatitida ☐ Onemocnění plic ☐ Deprese ☐ Kapavka ☐ Příušnice
☐ Vředy/kolitidy ☐ Nemoci ledvin a močových cest ☐ Drogová závislost ☐ Chlamydie
☐ Tuberkulóza ☐ Žlučnickové potíže ☐ Kloubní nemoci ☐ Ureaplasmata ☐ Cukrovka ☐ Vysoký krevní tlak ☐ Migrény ☐ Lupus ☐ Osteoporóza ☐ Revmatická horečka ☐ Neurologické nemoci ☐ Poruchy stravování

Pokud ano, popište podrobněji (název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

Seznam alergií na léky:

Seznam současných léků (název, dávkování):

Operační výkony:

Datum (měs./rok)	Nemocnice	Diagnóza	Operace	Komplikace

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Povolání: _____

Vzdělání: _____

Koníčky: _____

☐ Jste vystavován horku (práce, sauna, horká koupe), chemickým látkám ? (seznam)

☐ Kouření ☐ Ano ☐ Ne ____ cigaret/denně

☐ Aerobní cvičení ____ hodin/týdně ☐ Běh ____ km/týdně

Je toto Vaše první manželství? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ne, kolikrát jste byl ženatý? ____

Máte děti z předchozí partnerkou? o Ano o Ne

GENETICKÁ ANAMNÉZA MUŽE

Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním? o Ano o Ne
Komentář _____

Má někdo ve vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením? o Ano o Ne
Komentář _____

Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů? o Ano o Ne
Komentář _____

Trpíte někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)

☐ Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady ☐ Postižení ledvin/močového měchýře
☐ Vrozená vada srdce ☐ Ztráta svalové funkce ☐ Rozštěp páteře ☐ Ploché nohy ☐ Cystická fibróza
☐ Rozštěp rtu nebo patra ☐ Cukrovka ☐ Tay Sachsova choroba ☐ Stenóza pyloru ☐ Defekty neurální
trubice ☐ Huntingtonova choroba ☐ Demence ☐ Časná menopauza ☐ Polycystické
vaječníky ☐ Schizofrenie ☐ Předčasné úmrtí ☐ Mentální retardace

Pokud ano, popište podrobněji (člen rodiny, název nemoci, od-do, užívané léky apod.):

RODINNÁ ANAMNÉZA MUŽE

Otec

Věk otce (pokud žije) ____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel ____ Příčina úmrtí: _____

Otec otce (děda): Věk(pokud žije) ____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel ____ Příčina úmrtí: _____

Matka otce (babička): Věk (pokud žije) ____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela ____ Příčina úmrtí: _____

Sourozenci otce (teta, strýc)	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____

Jiní příbuzní z otcovy strany

Defekty při narození/věk/příčina úmrtí

Matka

Věk matky (pokud žije) _____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela _____ Příčina úmrtí: _____

Otec matky /děda/: Věk(pokud žije) _____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřel _____ Příčina úmrtí: _____

Matka matky (babička): Věk (pokud žije) _____ Zdravotní stav _____

Pokud již nežije, věk ve kterém zemřela _____ Příčina úmrtí: _____

Sourozenci matky (teta, strýc)

Pohlaví M/Ž

Věk

Zdraví

Jiní příbuzní z otcovy strany

Defekty při narození/věk/příčina úmrtí

Bratři a sestry

Pohlaví

Věk

Zdraví

Zesnulí sourozenci

(včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)

Pohlaví

Věk, kdy zemřel

Příčina úmrtí

Děti

Pohlaví

Věk

Zdraví

Zemřelé děti

(včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)

Pohlaví

Věk, kdy zemřel

Příčina úmrtí

<i>Podpis pacientky</i>	<i>Podpis manžela/partnera</i>	<i>V Ostravě dne</i>

<i>Poučil(a) a případné dotazy zodpověděl(a): Jméno a příjmení a podpis</i>