

ПРИЈАВА ПОЧЕТКА ЦИКЛУСА БМПО - VTO

са донираним репродуктивним 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"/>	<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 _____

Јединствени идентификациони број донора: _____

Врста репродуктивних ћелија: 1. семене ћелије 2. јајне ћелије а) свеже б) замрзнуте/одмрзнуте

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

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: I. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI) II. VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама

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

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус: А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти;

3. Друго (навести) _____

Да ли су рађене:

1. 2. а) б)

1. Преинплантациона генетска дијагностика а) да б) не (PGD)

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

2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Старост донора (број година)

1. Специфични донор за једног реципијента 2. Друго (навести) _____

Датум почетка циклуса:

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

Први дан стимулације - дан, месец, година

Датум:

I _ I _ I I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I
дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара