

Государственное бюджетное учреждение Ставропольского края

«Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»

ОТДЕЛЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

КЛИНИЧЕСКАЯ АНКЕТА

Мы рады, что Вы выбрали нашу клинику для проведения программы экстракорпорального оплодотворения. Просим Вас заполнить данную анкету до прихода в отделение ВРТ.

Ф.И.О. пациентки	Возраст
Ф.И.О. супруга (партнера)	Возраст
Адрес	
Телефон для связи	
E-mail	
Телефон для связи супруга (партнера)	
Дата прохождения комиссии в МЗ СК	

Акушерский анамнез

Как долго вы пытаетесь забеременеть ?	лет
Были ли у вас беременности до этого ?	о Да или о Нет

Год	Настоящий партнер/ предыдущий партнер	Роды (Да/нет)	Самопроизвольный выкидыш/ Аборт/ Внематочная беременность	Неделя	Пол / Вес	Комментарии (осложнения)

Соматический анамнез

Есть ли у Вас следующие заболевания или состояния? Болели ли Вы ?

Заболевания/состояния	Да/Нет	Комментарии
Мигрень		
Заболевания щитовидной железы		
Бронхиальная астма		

Пороки сердца		
Ревматизм		
Повышение АД		
Язва желудка и 12-перстной кишки		
Проблемы с анестезией		
Сахарный диабет		
Мочекаменная болезнь		
Хронический пиелонефрит		
Ревматоидный артрит		
Неврологические расстройства		
Системная красная волчанка		
Тромбофлебит		
Варикозное болезнь нижних конечностей		
Тромбоэмболия		
Рак		

Аллергологический анамнез

Есть ли у Вас аллергия на медикаменты ?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Как проявляется ?		

Медикаменты:

Принимаете ли Вы медикаменты в настоящее время ?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Лекарственный препарат	Доза	

Семейный анамнез

Есть ли в вашей семье следующие заболевания?

Заболевания/состояния	Да/Нет	Комментарии
Сахарный диабет		
Тромбоэмболия		
Гипертоническая болезнь		
Пороки развития		
Рак матки		
Рак яичников		
Рак молочной железы		
Системная красная волчанка		

История лечения бесплодия

Принимали ли Вы следующие медикаменты или схемы лечения?

	Год	Доза	Циклов	комментарии
Клостилбегит				
Летрозол				
Гонал/Пурегон/ Менопур				
ХГЧ				
Внутриматочная инсеминация				

ЕСЛИ У ВАС УЖЕ БЫЛИ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ, ТО ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

1. Как много циклов ЭКО у Вас было?	С собственными яйцеклетками _____ С донорскими яйцеклетками _____
2. Сколько циклов криопереноса эмбрионов у Вас было ?	
3. Когда у Вас были программы ? (свежие циклы и криопрограммы)	Кол-во/ год а) б) в) г) д) е) ж)
4. Исходы каждого протокола? <ul style="list-style-type: none"> • Отрицательный результат • Биохическая беременность (положительный ХГЧ без ультразвукового подтверждения) • Клиническая беременность (ультразвуковое подтверждение) • Самопроизвольный выкидыш • Внематочная беременность • Роды 	Напишите год <ul style="list-style-type: none"> • — • — • — • — • — • — • — • —

Вопросы, касающиеся Вашего последнего свежего протокола ЭКО

Когда у Вас было последняя программа свежего цикла ЭКО?	
Принимали ли Вы оральные контрацептивы до вступления в программу?	
Принимали ли вы диферелин или декапептил ? (длинный или короткий протокол) или был прием цетротида или оргалутрана ?	
Доза гонадотропинов (Пурегон/Гонал-ф/ Менопур/	1-й день _____

Элонва) в 1-й, 2-й, 3-й день стимуляции?	2-й день _____ 3-й день _____
Количество фолликулов, которое видели при ультразвуковом исследовании?	
Какова была максимальная толщина эндометрия?	
Препарат ХГЧ и его доза ?	Овитрель 6500 мкг Диферелин 0.2 мг декапептил 0.2 мг ХГЧ
Сколько было получено яйцеклеток?	
Проводилось ли ИКСИ?	
Количество полученных эмбрионов?	
День переноса (2/3/4/5) ?	
Сколько эмбрионов перенесли?	
Какое было качество у перенесенных эмбрионов?	
Были ли криоконсервированы эмбрионы ? Сколько?	
Гормональная поддержка - что?	<ul style="list-style-type: none"> • Утрожестан • Дюфастон • Прогинова • Дивигель • Эстрожель • Другое: