

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

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

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

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

Jméno Vašeho obvodního gynekologa:	
Datum poslední návštěvy (měsíc/rok):	Souhlasím se zasláním informace o průběhu léčby tomuto lékaři: <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>
Jak jste se o nás dozvěděla: (lékař, web, známá...)	

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA ŽENY

Výška :	Váha:
V kolika letech jste dostala svou první menstruaci:	Je vaše menstruace pravidelná? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>
Užíváte léky na úpravu menstruačního cyklu? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Pokud ano, specifikujte léky a dávkování:
Kolik dnů je mezi prvním dnem jedné periody a prvním dnem periody následující? <i>dnů</i>	Datum poslední menstruace:

Kolik dnů většinou krvácíte? .....	..... dnů	Během menstruace míváte křeče?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i> <input type="radio"/> <i>Mírně</i> <input type="radio"/> <i>Někdy</i>
Míváte průjem během menstruace?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Užíváte léky kvůli křečím?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>

Krvácíte nebo špiníte mezi periodami?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Špiníte před Vaší periodou?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i> <input type="radio"/> <i>Někdy</i>
Mám další příbuzné s nepravidelnou menstruací.	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i> <input type="radio"/> <i>Nevím</i>	Poslední cytologický stěr z děložního čípku:	Datum (měsíc/rok): Výsledek:

Antikoncepce				
Nitroděložní tělíčko	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Od:	Do:	Důvod vysazení:
Hormonální antikoncepce	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	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	Hmotnost plodu	Týden gravidita	Po léčbě pro neplodnost	Doba, než jste otěhotněla	Těhotenství se současným partnerem	Komplikace
				<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>		<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	
				<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>		<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	
				<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>		<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	
				<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>		<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	
				<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>		<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	

Trpíte, nebo jste někdy trpěla nemocemi z následujícího seznamu (zkontrolujte celý seznam):		
<input type="radio"/> AIDS/ pozitivní HIV	<input type="radio"/> Štítná žláza	<input type="radio"/> Anémie a nemoci krve
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Ovariální cysty	<input type="radio"/> Krevní transfuze
<input type="radio"/> Genetické nemoci	<input type="radio"/> Onemocnění srdce	<input type="radio"/> Endometrióza
<input type="radio"/> Křečové žíly	<input type="radio"/> Poruchy krevního srážení	<input type="radio"/> Psychické nemoci
<input type="radio"/> Pánevní záněty	<input type="radio"/> Nemoci jater	<input type="radio"/> Opary
<input type="radio"/> Mononukleóza	<input type="radio"/> Hepatitida	<input type="radio"/> Onemocnění plic
<input type="radio"/> Deprese	<input type="radio"/> Kapavka	<input type="radio"/> Příušnice
<input type="radio"/> Vředy / kolitidy	<input type="radio"/> Nemoci ledvin a močových cest	<input type="radio"/> Drogová závislost
<input type="radio"/> Chlamydie	<input type="radio"/> Tuberkulóza	<input type="radio"/> Žlučnickové potíže
<input type="radio"/> Kloubní nemoci	<input type="radio"/> Ureaplasmata	<input type="radio"/> Cukrovka

<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/> Migrény	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Osteoporóza	<input type="checkbox"/> Revmatická horečka	<input type="checkbox"/> Neurologické nemoci
<input type="checkbox"/> Poruchy stravování	<input type="checkbox"/> Sexuální zneužívání/znásilnění	

Pokud ano, popište podrobně ji (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. <input type="radio"/> <i>Ano,</i> <i>cigaret / týdně</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Aerobní cvičení <i>hodin / týdně</i>
Je toto Vaše první manželství? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Pokud ne, kolikrát jste byla vdaná? <i>krát</i>
Jak dlouho jste se současným partnerem? <i>let</i>	

GENETICKÁ ANAMNÉZA ŽENY

Má někdo ve Vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným genetickým onemocněním?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	<i>Komentář</i>
Má někdo ve Vaší rodině jedno nebo více dětí s vážným poporodním poškozením?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	<i>Komentář</i>
Měl někdo ve Vaší rodině za sebou 2 nebo více potratů?	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	<i>Komentář</i>

Trpí někdo ve Vaší rodině následujícími postiženími? (zkontrolujte všechny, které jsou uvedeny)		
<input type="radio"/> Downův syndrom nebo jiné chromozomální vady	<input type="radio"/> Postižení ledvin/močového měchýře	<input type="radio"/> Vrozená vada srdce
<input type="radio"/> Ztráta svalové funkce	<input type="radio"/> Rozštěp páteře	<input type="radio"/> Ploché nohy
<input type="radio"/> Cystická fibróza	<input type="radio"/> Rozštěp rtu nebo patra	<input type="radio"/> Cukrovka
<input type="radio"/> Tay Sachsova choroba	<input type="radio"/> Stenóza pyloru	<input type="radio"/> Defekty neurální trubice
<input type="radio"/> Huntingtonova choroba	<input type="radio"/> Demence	<input type="radio"/> Časná menopauza
<input type="radio"/> Polycystické vaječníky	<input type="radio"/> Schizofrenie	<input type="radio"/> Předčasné úmrtí
<input type="radio"/> 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
1			
2			
3			
4			
5			
Jiní příbuzní z otcovy strany ...	... defekty při narození/věk/příčina úmrtí		
1			
2			
3			

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
1			
2			
3			
4			
5			
Jiní příbuzní z matčiny strany ...	... defekty při narození/věk/příčina úmrtí		
1			
2			
3			

Bratři a sestry	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
1			
2			
3			
4			

Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Pohlaví M/Ž	Věk, kdy zemřel	Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			
Děti	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
1			
2			
3			
4			
Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Pohlaví M/Ž	Věk, kdy zemřel	Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			

ANAMNÉZA NEPLODNOSTI

Jak dlouho se snažíte o těhotenství? <i>roků</i>	Jak často máte pohlavní styk? <i>Obvykle</i> <i>kolikrát/ týdně</i>
Navštívila jste někdy nějakého lékaře s tímto problémem?	
Máte bolesti při styku? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	Má Vás partner problémy s erekcí nebo ejakulací? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>
Máte problémy se vzrušením nebo vlhkostí? <input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	

Provedená vyšetření (označte všechny testy, které byly provedeny)

<input type="radio"/> Bazální teplota	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <input type="radio"/> <i>Neprovedeno</i>	<input type="radio"/> 3.den FSH	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>
<input type="radio"/> Hormony	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Date / Datum:</i>	<input type="radio"/> Postkoitální test	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>
<input type="radio"/> HSG	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>	<input type="radio"/> Biopsie endometria	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>
<input type="radio"/> Laparoskopie	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>	<input type="radio"/> Imunologie	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>
<input type="radio"/> Genetické vyšetření	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>	<input type="radio"/> Spermioqram	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>
<input type="radio"/> Protilátky proti spermiím	<input type="radio"/> <i>Normální</i> <input type="radio"/> <i>Abnormální</i> <i>Datum:</i>	<input type="radio"/> Krevní skupina + Rh faktor <input type="radio"/> Partnerova krevní skupina + Rh faktor	

PŘEDCHOZÍ LÉČBA

Popište předchozí léčbu

Stimulace vaječníků pro spontánní otěhotnění (počet stimulací, datum, léky – clostilbegyt, gonadotropiny, pregnyl)		Komentář	
Inseminace (počet, datum, místo, léky ke stimulaci)		Komentář	
IVF 1			
Datum (měs/rok)	..... ..	Místo	.....
Typ stimulace (léky)	.....	Počet vajíček	.....
ICSI	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Prodloužená kultivace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Asistovaný hatching	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Těhotenství	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Kryokonzervace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Počet zmražených embryí	.....
Kryoembryotransfer	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Datum	..... ..
Těhotenství	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne		
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)			
IVF 2			
Datum (měs/rok)	..... ..	Místo	.....
Typ stimulace (léky)	.....	Počet vajíček	.....
ICSI	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Prodloužená kultivace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Asistovaný hatching	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Těhotenství	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Kryokonzervace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Počet zmražených embryí	.....
Kryoembryotransfer	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Datum	..... ..
Těhotenství	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne		
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MS-IVF, dárcovství)			
IVF 3			
Datum (měs/rok)	..... ..	Místo	.....
Typ stimulace (léky)	.....	Počet vajíček	.....
ICSI	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Prodloužená kultivace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Asistovaný hatching	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Těhotenství	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Kryokonzervace	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Počet zmražených embryí	.....
Kryoembryotransfer	<input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Datum	..... ..

Těhotenství	<input type="radio"/> <i>Ano</i> <input type="radio"/> <i>Ne</i>	
Komentář (PGD, PICSI, IMSI, MACS, MS-IVF, dárcovství)		

ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA MUŽE

Trpíte, nebo jste někdy trpěl nemocmi z následujícího seznamu? (Zkontrolujte celý seznam):		
<input type="radio"/> AIDS/ pozitivní HIV	<input type="radio"/> Štítná žláza	<input type="radio"/> Anémie a nemoci krve
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Kýla	<input type="radio"/> Krevní transfuze
<input type="radio"/> Genetické nemoci	<input type="radio"/> Onemocnění srdce	<input type="radio"/> Nemoci prostaty
<input type="radio"/> Křečové žíly	<input type="radio"/> Poruchy krevního srážení	<input type="radio"/> Psychické nemoci
<input type="radio"/> Zánět varlete nebo nadvarlete	<input type="radio"/> Nemoci jater	<input type="radio"/> Opary
<input type="radio"/> Mononukleóza	<input type="radio"/> Hepatitida	<input type="radio"/> Onemocnění plic
<input type="radio"/> Deprese	<input type="radio"/> Kapavka	<input type="radio"/> Příušnice
<input type="radio"/> Vředy / kolitidy	<input type="radio"/> Nemoci ledvin a močových cest	<input type="radio"/> Drogová závislost
<input type="radio"/> Chlamydie	<input type="radio"/> Tuberkulóza	<input type="radio"/> Žlučnickové potíže
<input type="radio"/> Kloubní nemoci	<input type="radio"/> Ureaplasmata	<input type="radio"/> Cukrovka
<input type="radio"/> Vysoký krevní tlak	<input type="radio"/> Migrény	<input type="radio"/> Lupus
<input type="radio"/> Osteoporóza	<input type="radio"/> Revmatická horečka	<input type="radio"/> Neurologické nemoci
<input type="radio"/> Poruchy stravování		

Pokud ano, popište podrobně ji (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

Vaše povolání:	Vzdělání:
Koníčky:	Jste vystaven vlivu chemických látek? (Seznam):

<input type="radio"/> Kouření.	<input type="radio"/> Ano, cigaret/denně	<input type="radio"/> Aerobní cvičení	<input type="radio"/> hodin
---------------------------------------	---	--	--

Sourozenci matky (teta, strýc)	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
1			
2			
3			
4			
5			
Jiní příbuzní z matčiny strany ...	... defekty při narození/věk/příčina úmrtí		
1			
2			
3			

Bratři a sestry	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
1			
2			
3			
4			

Zesnulí sourozenci (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Pohlaví M/Ž	Věk, kdy zemřel	Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			
Děti	Pohlaví M/Ž	Věk	Zdraví
1			
2			
3			
4			
Zemřelé děti (včetně neonatálního úmrtí a úmrtí v dětství)	Pohlaví M/Ž	Věk, kdy zemřel	Příčina úmrtí
1			
2			
3			
4			

Podpis pacientky	Podpis manžela / partnera	V Ostravě [dne]	Poučil(a) a případné dotazy zodpověděl(a): Jméno a příjmení a podpis