



Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

Molimo vas da izdvojite 15 minuta vremena i da savjesno ispunite ovaj, za vaše liječenje jako bitan, upitnik. Kroz to ćete nam omogućiti, da vas savjetujemo na najbolji način te da izaberemo za vas najbolju terapiju.

## 1. Koliko dugo vi i vaš sadašnji partner pokušavate da dobijete dijete?

.....mjeseci ili.....godina

## 2. Kakav vam je menstruacioni ciklus (= razmak između prvog dana jednog krvarenja do prvog dana slijedećeg)?

redovan između .....i .....dana

neredovan između .....i .....dana

više, već odavno nemam krvarenja

Zadnje krvarenje je bilo prije .....sedmica.....mjeseci ili.....godina

## 3. Dužina vaše menstruacije?

Prosječno .....dana ili između .....i .....dana

## 4. Jačina krvarenja?

blago  srednje  jako

## 5. Imate li međukrvarenja, dakle iznenadna krvarenja između 2 menstruacije?

da  ne

## 6. Imate li blagu sukrvicu prije odnosno nakon normalne menstruacije?

da  ne

## 7. Imate li bolove za vrijeme menstruacije?

da  ne

## 8. Morate li tada uzimati lijekove protiv bolova?

da  ne

## 9. Imate li u danima pred menstruaciju slijedeće tegobe?

nadimanje/nadutost  migrenu  neraspoloženost/ depresije

dobijanje na težini  zategnutost u grudima  oticanje ruku i nogu

## 10. Jeste li već bili trudni?

da  ne



Ukoliko „da“ molimo da date informacije o trudnoćama:

godina	Porod (G) Prekid (A) Pobačaj (F) Vanmaterična trudnoća (E)	Sa sadašnjim partnerom	Nakon terapije neplodnosti
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

**11. Da li su u prethodnim trudnoćama nastupile komplikacije?**

- da  
ne

Ukoliko „da“ koje su to komplikacije bile? .....

**12. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašim partnerom?**

.....puta u sedmici ili.....puta u mjesecu

**13. Da li ste, zbog problema neplodnosti / steriliteta, već bili liječeni kod nekoga drugog ljekara?**

- ne  
da, već .....mjeseci .....godina

vrsta liječenja	broj pokušaja	trudnoća
Stimulacija jajnika sa hormonima		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa ejakulatom od partnera		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa tuđim ejakulatom		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja (IVF)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja sa mikroinjekcijom (ICSI)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Transfer kriokonzervisanih embriona		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

**14. Pri prethodnim stimulacijama jajnika ili prilikom inseminacija:**

Koje ste lijekove uzimali?.....



## 15. Prethodna IVF- odnosno ICSI- liječenja:\*

\* Ukoliko ste već imali više od 4 liječenja, molimo da navedete samo četiri zadnja:

Br.	godina	IVF	ICSI	Broj dobijenih jajnih ćelija	Broj transferiranih embriona	Broj zamrznutih embriona	trudnoća
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

## Koje ste lijekove koristili u prethodnim IVF- ili ICSI-liječenjima?

.....

Napomena: Imate puno pravo da od vašeg IVF-Centra zatražite detaljne planove stimulacije od prethodnih IVF- odnosno ICSI-liječenja, kao i list dokumentacije IVF-Fonda!

## 16. Da li je pri prethodnim stimulacijama odnosno IVF- i ICSI-liječenjima bilo komplikacija?

- Nije
- Sindrom prekomjerne stimulacije (OHSS)
- Izostanak oplodnje
- druge:.....
- preslaba reakcija na stimulaciju
- težak odnosno bolan transfer

## 17. Pušite li i da li ste ikada pušili?

- nikada
- ne pušim već .....mjeseci.....godina
- da,.....zigareta na dan

## 18. Koliko ste trenutno teški i visoki?

.....kg.....cm

## 19. Jeste li se u zadnjih 12 mjeseci jako udebljali ili smršali?

- nisam
- .....kg udebljala
- .....kg smršala

## 20. Pijete li alkohol?

- ne
- rijetko
- ponekad
- redovno



**21. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?**

- nisam  
 jesam, prije       jesam sada - koja?.....

**22. Kojim se pozivom trenutno bavite?**

.....

**23. Jeste li na vašem poslu izloženi velikim fizičkim naporima?**

- nisam                       prašina, pare, gasovi                       buka     kemikalije  
 posao u smjenama     manjak dnevnog svjetla                       veliki fizički napori

**23. Koje su to eventualno otrovne tvari?**

.....

**24. Kada je kod vas zadnji put urađen bris za kontrolu na karcinom (PAP-Bris)?**

- .....godina.....mjesec.....dan  
 Ne sjećam se, to je bilo prije više od godinu dana  
 Još nikad nisam imala taj pregled

**25. Kada ste zadnji put bili na pregledu grudi (mamografiji)?**

- .....godina.....mjesec.....dan  
 Ne sjećam se, to je bilo prije više od godinu dana  
 Još nikad nisam imala taj pregled

**26. Jeste li ikada, neovisno od trudnoće i dojenja, posmatrali sekreciju iz bradavica dojki?**

- Ne  
 Da , od .....     lijevo                       desno                      boja:.....

**27. Koje od ovih metoda kontracepcije ste već koristili?**

- Antibaby-Pilule  
 Spiralu  
 Podvezivanje jajovoda - Sterilizaciju

**28. Da li ste imali komplikacija sa nekim od ovih metoda kontracepcije?**

- nisam                       jesam, ito.....

**29. Jeste li već imali pregled jejevoda?**

- Nisam  
 Jesam ito .....godine



**30. Pomoću koje metode je bio urađen pregled prohodnosti jajovoda?**

- rendgenski snimak (HSG)       Laparoskopijom       Ultrazvučno

**31. Kakav je bio rezultat tog pregleda jajovoda?**

- Lijevo:       prohodan       neprohodan  
Desno:       prohodan       neprohodan

**32. Jeste li već bili operisani u području stomaka ili zdjelice?**

- nisam  
 jesam

Ukoliko „da“ molmo da date podatke o operacijama

godina	Operacije u području stomaka ili zdjelice Slijepo crijevo (A) Carski rez (S) Laparoskopija (L) Histeroskopija (H) Operacije sa velikim rezom na stomaku (T) Čišćenja-Kiretaže (C) Konizacija (K)	Zbog čega je operacija bila urađena?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<b>Ostale operacije, i one izvan područja stomaka</b>	

**33. Jesu li pri jednoj od operacija bili operisani i vaši jajovodi (=tube, kanali)?**

- ne, jajovodi nisu bili operisani  
 da

Ukoliko „da“ molimo da nam date i slijedeću informaciju:

- Lijevo:       odstranjen       podvezan  
Desno:       odstranjen       podvezan



### 34. Je li bio odstranjen jedan cijeli jajnik ili samo dio jajnika (npr. zbog ciste)?

- ne, jajnici nisu bili odstranjeni  
 da

### Ukoliko „da“ molimo da nam date i slijedeće informacije:

- Lijevo  odstranjen  dijelom odstranjen ili operacija ciste  
Desno  odstranjen  dijelom odstranjen ili operacija ciste

### 35. Postoje li odnosno jesu li postojale posebnosti na vašoj materici?

- Nisu  
 Jesu, ito.....

### 36. Imate li, odnosno jeste li imali slijedeće bolesti i tegobe?

#### Oboljenja:

- |                          |                             |                              |                       |                             |                              |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Endometrioza             | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Bolovi u zdjelici     | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Ciste na jajnicima       | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Tromboza              | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Alergije                 | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Alergija na penicilin | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Pluća (Astma, Bronhitis) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Štitnjača             | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Želudac i crijeva        | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Šećerna bolest        | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Bubrezi                  | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Epilepsija            | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Srce-krvotok             | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Varikoza              | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Jetra                    | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Visok pritisak        | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Metabolizam              | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Karcinom/tumori       | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |

\* Molimo da navedete oboljenja i detalje uz to (od kada je poznato, čime se liječite):

#### Tegobe:

- |                           |                             |                              |                       |                             |                              |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Akne                      | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Opadanje kose         | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Maljavost tijela i lica   | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Konflikti s partnerom | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da  |
| Problemi sa spavanjem     | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Glavobolja            | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Umor i manjak elana       | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Migrena               | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Strahovi i depresije      | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Lupanje srca          | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Podražljivost i nervoza   | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Stres (na poslu)      | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Stres (uopćeni)           | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Krv u urinu           | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Vrućina/znojenje          | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Krv u stolici         | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Bolovi pri mokrenju       | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |                       |                             |                              |
| Bolovi pri stolici        | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |                       |                             |                              |
| Bolovi pri spolnom odnosu | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |                       |                             |                              |

\*Molimo da navedete tegobe, odnosno detalje u vezi sa njima (od kada ih imate, kako su liječeni):.....

# ŽENSKA ANAMNEZA



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 37. Ima li u vašoj porodici/obitelji/podrijetlu slijedećih oboljenja?

Nasljedne bolesti    ne    da\*                      Karcinomi                      ne    da\*  
Neplodnost            ne    da\*                      Druga teška oboljenja            ne    da\*

\* Molimo da navedete oboljenje, odnosno detalje o njemu (od kada je poznato, kako liječeno, ko boluje) .....

## 38. Uzimate li redovno lijekove?

- ne
- da

Ukoliko „da“, onda vas molimo da ispunite slijedeću tabelu:

ime i doza lijeka	od kada	zašto

## 39. Koji od slijedećih pregleda je kod vas već bio urađen?

Štitnjača                                      ne    da  
Nalaz hromozoma (Kariogram)            ne    da  
Genetika; cistična fibroza                ne    da  
Imunologija                                 ne    da  
Zgrušavanje krvi - specijalno            ne    da

Ukoliko imate nalaze od tih pregleda molimo vas da nam ih pošaljete.