

# MUŠKA ANAMNEZA



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

Ime:

Prezime

Datum rođenja:

Molimo vas da izdvojite 10 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 zajedno izaberemo najbolju terapiju.

## 1. Jeste li ikada prouzrokovali trudnoću?

- ne  ne i sa prethodnom ženom sam bio neželjeno bez djece  
 da sa mojom sadašnjom ženom kada?  
Nakon terapije neplodnosti / steriliteta  da  ne  
 da sa prethodnom ženom / suprugom / djevojkom  
.....Nakon liječenja steriliteta / neplodnosti?  da  ne

## 2. Oboljenja / Smetnje reproduktionog trakta / sistema:

Pitanje	Ne	Da	detalji
Jeste li sterilisani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Ukoliko da, jeste li naknadno radili resterilizaciju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Imate li urođenu ili stečenu manu kanala za transport spermatozoida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li u djetinjstvu imali izostalo/zakašnjelo spuštanje testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li ikada imali upalu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li ikada imali povredu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li imali proširenje vena na testisima (Varikocelu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan <input type="checkbox"/> Operisan .....godine
Jeste li imali tunor testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan <input type="checkbox"/> Operisan .....godine
Imate li problema sa erekcijom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* Komentari/Detalji

## 3. Bitni pregledi:

**Važno:** Ukoliko imate nalaze, molimo da nam ih pošaljete!

Pitanje	Ne	Da	detalji
Da li ste ikada radili pregled ejakulata (Spermogram)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zanji put (mjesec i godina)
Jeste li već bili pregledani kod urologa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zanji put (mjesec i godina)
Da li je pri tome bila pregledana i prostata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeste	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li bio urađen pregled hromozoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeste	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li urađen test na cističnu fibrozu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeste	<input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> pozitivan
Jesu li ikada uzeti primjerci tkiva testisa (biopsija)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno godine.....

\* Komentari/Detalji



## 4. Bolujete li odnosno da li ste bolovali od slijedećih oboljenja?

Bolest	ne	da	detalji	Od kada?	liječenje vidi *5
Alergije na lijekove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na:		<input type="checkbox"/> da*
Rak (karcinom)/drugi tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koji:		<input type="checkbox"/> da*
Zaušci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolest je zahvatila testise	<input type="checkbox"/> da	
Šećerna bolest (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> tablete <input type="checkbox"/> insulinske šprice
Visok krvni pritisak (tlak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> > 160; do <input type="checkbox"/> 160 do <input type="checkbox"/> 140		<input type="checkbox"/> da*
Plućne bolesti (astma/bronhitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Neurološka oboljenja (epilepsija, depresije, traume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja bubrega (upale, ciste, oslabljena funkcija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja srca (infarkt, oboljenja zalistaka, aritmije)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja jetre (hepatitis, ciroza, ciste, masna jetra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Želudac i crijeva (upale, gastritis, čir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja štitnjače	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*

\* Komentari/Detalji

## 5. Imate li slijedeće tegobe?

Tegobe	ne	da	Koliko često?	Povezano sa stresom?	Od kada?	liječenje vidi *6
Nesanice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putu/sednici (nedelji, tjednu)	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Unor iscrpljenost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putu/sednici (nedelji, tjednu)	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Migrena, jake glavobolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putu/sednici (nedelji, tjednu)	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Strahovi/depresije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putu/sednici (nedelji, tjednu)	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Razdražljivost, nervoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Putu/sednici (nedelji, tjednu)	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Opadanje kose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jako <input type="checkbox"/> glava <input type="checkbox"/> tijelo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na licu <input type="checkbox"/> ili/i tijelu <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*
Bolovi pri mokrenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> često <input type="checkbox"/> krv u urinu	<input type="checkbox"/> da		<input type="checkbox"/> da*

# MUŠKA ANAMNEZA



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 6. Ukoliko redovno uzimate lijekove, molimo vas da nam date slijedeće podatke:

ime lijeka	doza	od kada	zašto

## 7. Dali ste već imali neke druge operacije u predjelu stomaka i genitalnih organa?

ne Ukoliko da molimo da nam date slijedeće informacije:

godina	Operacija slijepog crijeva - apendektomija (A) Laparoskopija (L) Laparotimija (T)	Zašto i gdje (bolnica) je operacija bila urađena?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	Ostale operacije izvan područja stomaka (trbuha):	

\* Komentari/Detalji

## 8. Koliko ste trenutno teški i visoki?

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

## 9. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašom partnerkom (suprugom/ženom)?

.....Putu u sedmici (tjednu/nedelji) .....Putu u mjesecu

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

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

## 11. Pijete li alkohol?

- ne
- rijetko
- ponekad
- redovno

## 12. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?

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

