

(Бланк закладу охорони здоров'я)

АНКЕТА
донора ооцитів

Прізвище, ім'я, по батькові _____.

Дата народження «___» _____ року

Місце проживання _____.

Паспорт: серія _____, № _____, виданий _____.

Професія _____.

Місце роботи _____.

Професійні шкідливі чинники _____.

Фенотипові ознаки: зріст _____, вага _____, ІМТ _____,

Група крові _____, резус _____.

Волосся (пряме / хвилясте / кучеряве). Колір волосся (світлий / темний / каштановий / русий).

Очі (великі / середні / маленькі). Розріз очей (європейський / азіатський).

Колір очей (блакитний / зелений / сірий / карий / чорний).

Обличчя (кругле / овальне / вузьке). Лоб (високий / низький / звичайний). Ніс (великий / середній / маленький).

Форма носа (прямий / з горбинкою / курносий / широкий).

Будова тіла (нормостенічне / астеничне / гіперстенічне).

Розмір одягу _____, взуття _____.

Скарги: немає/ є на _____.

Менструальна функція:

Вік на момент першої менструації - _____ років; не пам'ятаю.

Інтервал між менструаціями (від початку попередньої до початку наступної) становить:

21-35 днів (регулярний менструальний цикл);

менше 21 дня (поліменорея);

від 36 днів до 6 місяців (олігоменорея);

відсутність спонтанних менструацій протягом 6 і більше місяців (вторинна аменорея);

відсутність спонтанних менструацій за весь період життя (первинна аменорея).

Наявність кровотеч, не пов'язаних з менструальним циклом: є/немає.

Заміжня / шлюб зареєстрований / цивільний шлюб / одинока.

Куріння: так (_____ цигарок на день) / ні.

Вживання алкоголю: так (_____ мл на тиждень) / ні.

Вживання наркотичних та психотропних речовин: ніколи не вживала / епізодично / регулярно.

Сифіліс/гонорея/гепатити (хворіла чи ні) _____.

Наявність позитивного чи сумнівного результату при обстеженні на ВІЛ / гепатит В / гепатит С (так чи ні) _____.

Приналежність до осіб з нетрадиційною сексуальною орієнтацією (гомо-, бісексуалізм) (так чи ні) _____.

Диспансерне спостереження (є/немає), у якого спеціаліста

_____.

з якого приводу _____.

_____.

На теперішній час лікарські засоби не приймаю/приймаю (які)

_____.

_____.

Акушерський анамнез:

Пологи в _____ років, у строк вагітності _____ тижнів, шляхом кесаревого розтину (так чи ні) _____.

стать дитини _____.

вага дитини _____.

Оперативний анамнез:

Оперативні втручання на яєчниках, маткових трубах, матці (в якому році) назва операції: _____.

_____.

_____.

_____.

Алергологічний анамнез:

Наявність алергічних реакцій на будь-які медикаменти ні/так, назва медикаменту _____.

_____.

реакція _____.

Сімейний анамнез:

Наявність у найближчих родичів таких станів:

діабет / хвороби серця / системна червона вовчанка / хвороби нирок / безпліддя / розумова відсталість / дефекти при народженні /

психічні розлади /вроджені вади / ревматоїдний артрит / хвороби щитоподібної залози / гіпертонічна хвороба / хвороби крові / рак молочної залози / рак яєчників / рак матки / рак іншої локалізації / міома / ендометріоз/ шизофренія / епілепсія / алкоголізм / муковісцидоз / інші хвороби.

Медичний анамнез:

Наявність таких станів у донора ооцитів:

хвороби щитоподібної залози / варикозне розширення вен / пневмонія / туберкульоз / бронхіальна астма / бронхіт / інші хвороби легенів / хвороби крові / анемія / ревматизм / пороки серця / інші хвороби серця / гіпертонічна хвороба / підвищена кровоточивість / психічні розлади / цироз печінки / виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки / кишкові кровотечі / проблеми з анестезією в минулому / діабет / сечокам'яна хвороба / пієлонефрит / інші хвороби нирок / неврологічні хвороби / епілепсія / гепатит / ревматоїдний артрит / тромбофлебіт / системна червона вовчанка / травми голови / рак матки (шийки) / рак яєчників / доброякісні захворювання молочної залози / рак молочної залози / рак іншої локалізації / міома / ендометріоз / кіста яєчника / аднексит / уретрит / інфекція сечового міхура / муковісцидоз / фенілкетонурія / інші хвороби.

Попередні цикли контрольованої стимуляції яєчників

Цикли ДРТ	1	2	3	4	5	6
Дата						
Отримано яйцеклітин						
Вагітність						

Донор ооцитів _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

Лікар _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

«__» _____ 20__ року