



Виена Ин Витро Център
Vienna In Vitro Center

Анамнеза на жената

Име: _____ Презиме: _____ Фамилия: _____

ЕГН: _____

Уважаема госпожо, попълнете коректно и пълно въпросника. Това е от особено важно значение, защото ще ни даде възможност за избор на най-подходящото лечение във Вашия случай. Ще Ви бъдем благодарни за съдействието.

1. От колко време правите опити за забременяване с настоящия Ви партньор?

_____ месеца / _____ години

2. Постоянен ли е менструалният Ви цикъл? (Какъв е интервалът между първия ден на един менструален цикъл и първия ден на следващия менструален цикъл?)

- Регулярен менструален цикъл между _____ и _____ дни.
- Нерегулярен менструален цикъл между _____ и _____ дни.
- Нямам менструален цикъл от _____ месеца / години. Последният ми менструален цикъл беше преди _____ месеца / _____ години.

3. Каква е продължителността на кървенето по време на менструалния Ви цикъл?

Средно _____ дни или между _____ и _____ дни.

Интензивността на кървенето е : _____ оскъдно _____ средно _____ обилно

4. Имали ли сте бременност до сега?

не, никога _____ да _____ Моля, ако сте имали бременност попълнете информацията по-долу:

Година	Раждане на термин (Р) Аборт по желание (А) Спонтанен аборт (СА) Извънматочна (И)	Бременност от настоящия партньор?	След лечение на стерилитет?
	Р А СА И	Да Не	Да Не
	Р А СА И	Да Не	Да Не
	Р А СА И	Да Не	Да Не
	Р А СА И	Да Не	Да Не
	Р А СА И	Да Не	Да Не

Забележки:

5. Имали ли сте усложнения по време на бременностите?

Не Да, пояснете:

6. Какви методи за предпазване от забременяване сте използвали ?

Презервативи / Не съм използвала Противозачатъчни таблетки Вътрематочна спирала
Други:

Имали ли сте някакви усложнения след употребата на противозачатъчни средства?

Не Да, пояснете:

7. Лекували ли сте някога проблема с безплодието?

Не Да, _____ Месеца / _____ Години Предишно лечение чрез: _____

Вид лечение	Колко опита?	Бременност
Хормонална стимулация на яйчниците		Да Не
Вътрематочна инсеминация със семенен материал от партньора		Да Не
Вътрематочна инсеминация със семенен материал от донор		Да Не
Ин витро процедура - класическо IVF		Да Не
Ин витро процедура - ICSI		Да Не
Трансфер на размразени ембриони		Да Не
Ин витро процедура с донорски яйцеклетки		Да Не

Забележки:

8. Предишни IVF /ICSI процедури

*Ако имате повече ин витро процедури, моля дайте информация само за последните четири:

№	Година	IVF	ICSI	Брой извадени яйцеклетки	Брой трансферирани ембриони	Брой замразени ембриони	Бременност	Възможност за получаване на информация от ivf-центра
1							Да Не	Да Не
2							Да Не	Да Не
3							Да Не	Да Не
4							Да Не	Да Не

Забележки:

9. Информация относно предишните лечения: С какви медикаменти е била извършена стимулацията при Вас?

№	Година	Медикаменти (напр. Gonal F, Merional, Menogon, Puregon, Clomiphen)	Дневни дози/ продължителност (напр. 300IU / 5 дни)	Усложнения* попълнете 10*
1				Да Не
2				Да Не
3				Да Не
4				Да Не
5				Да Не

Забележки:

10.* Имали ли сте някакви усложнения в резултат на хормоналната стимулация и/или ин витро процедурата?

Не, не съм имала

Слаб яйчников отговор към стимулация

Хиперстимулация (OHSS)

Липса на оплождане

Труден или болезнен трансфер

Други:

Забележки:

11. Правено ли ви е някога изследване за проходимост на маточните тръби ?

Не	Да През Лапароскопия (година)	Да През HSG (рентгеново изследване, т.нар. цветна снимка) (година)	Да с помощта на ултразвук През (година)
----	--	---	--

Лява тръба: проходима непроходима частично непроходима или след хирургична корекция

Дясна тръба: проходима непроходима частично непроходима или след хирургична корекция

12. Гинекологични операции / заболявания:

Въпрос	Не	Да	Детайли	
Имали ли сте операция на маточните тръби? (напр. поради извънматочна бременност)		Дясна	отстранена	клампирана
		Лява	отстранена	клампирана
Имали ли сте операция на яйчниците, след която те са били частично или изцяло отстранени (напр. поради кисти)?		Десен	частично отстранен или киста	
		Ляв	частично отстранен или киста	
Имате ли ендометриоза? Потвърдена / Лекувана оперативно?			Лапароскопия: Да, попълнете 13*	
Имате ли / Имали ли сте някога кисти на яйчниците?			Лапароскопия: Да, попълнете 13*	
Взимате ли обезболяващи медикаменти по време на менструалния Ви цикъл?			Приемам :	
Имате ли малформация на матката, за която знаете ?				

Забележки:

13*. Имали ли сте някога операция на корема и/или в малкия таз ?

Не Ако да, моля, използвайте следната таблица за да дадете по-подробна информация:

Година	Операции на корема и/или в малкия таз: Апендектомия (А), Цезарово сечение (Ц) Лапароскопска хирургия (Л), Хистероскопия(Х) , Лапаротомия (Т) Кюретаж на матката (С), Конизация на мат. шийка (К)							Къде(болница) и причина?
	А	Ц	Л	Х	Т	С	К	
	А	Ц	Л	Х	Т	С	К	
	А	Ц	Л	Х	Т	С	К	
	А	Ц	Л	Х	Т	С	К	
	А	Ц	Л	Х	Т	С	К	
	Други операции?							

Забележки:

14*. Ако приемате регулярно някакви медикаменти, моля, пояснете:

Медикамент	Доза	От кога?	Защо го приемате?

15. Боледувате ли или боледували ли сте някога от някое от следните заболявания?

(попълнете)?

Заболяване	Не	Да	Детайли, ако знаете	От кога:	Лечение вижте *14
Алергия към медикаменти:					Да*
Тромбози / болести на кръвосъсирването					Да*
Тумори (рак)					Да*

Диабет			от лечение чрез: Таблетки / Инжекции (Insulin)		Да*
Хипертония (Високо кръвно налягане)			>160 < 160 < 140		Да*
Белодробни заболявания (Астма, Бронхит)					Да*
Неврологични заболявания (например: Епилепсия, Съдови заб., Травми, Тумори, Възпаления)					Да*
Бъбречни заболявания / Заболявания на пикочния мехур (напр. Недостатъчност, Кисти, Тумори, Възпаления)					Да*
Сърдечни заболявания (напр. Инфаркт, Ритъмни нарушения, Сърдечна недостатъчност, Клапни пороци)					Да*
Чернодробни заболявания (напр. Цироза, Хепатит, Кисти)					Да*
Заболявания на стомашно-чревния тракт (напр. Язва, Гастрит, Имунологични или хронични заболявания)					Да*
Заболявания на щитовидната жлеза					Да*

Забележки:

16. Имате ли или имали ли сте някога някой от следните симптоми? (попълнете)

Симптоми	Не	Да	Колко често?	В резултат на стрес?	От кога	Лечение Виж *14
Проблеми със съня			пъти / седмично	Да*		Да*
Слабост			пъти / седмично	Да*		Да*
Често или силно главоболие / Мигрена			пъти / седмично	Да*		Да*
Панически атаки / Депресия			пъти / седмично	Да*		Да*
Раздразнителност			пъти / седмично	Да*		Да*
Горещи вълни / Прекомерно изпотяване			пъти / седмично	Да*		Да*
Загуба на коса / косми по тялото			Остра Глава Тяло			Да*
Прекомерно / Нетипично окосмяване			Остра Глава Тяло			Да*
Акне			По лицето По тялото			Да*
Хронична / Остра коремна болка			Причина:			Да*
Болестно уриниране			Често Кръв в урината			Да*
Болестна дефекация			Често Кръв в изпражненията			Да*
			Запек Хемороиди			
Болка при полов контакт			Остра Не винаги			Да*

Забележка:

17. Извършвани ли са Ви някои от следните изследвания?

Важно: Ако имате резултат от някое предишно изследване, моля представете ни го!

Изследване	Не	Да	Подробности, ако знаете	
Цитонамазка / колпоскопия			На дата:	
Тироидни хормони			нормален	патологичен
Кръвни изследвания			нормален	патологичен
Имунологични изследвания			нормален	патологичен
Хромозомна карта / Кариотип			нормален	патологичен
Муковисцидоза (тест за CFTR гена)			отрицателен	положителен

Забележка:

18. Колко често имате полови контакти?

Обикновено пъти/седмично пъти/месечно

19. Вашето тегло и ръст: кг см

Отслабвали ли сте или напълнявали с повече от 5 кг за последните 12 месеца?

Не Да, аз напълнях с кг / отслабнах с кг.

20. Пушите ли или пушили ли сте някога?

Не, никога Пуших преди месеца години.

Да, аз пуша цигари/дневно

21. Консумирате ли алкохол?

Никога Рядко При определени случаи Редовно

22. Приемате ли или приемали ли сте някога наркотици?

Никога Да, в миналото Да, сега

23. Страдат ли или страдали ли са някога някои ваши роднини от някои от следните заболявания?

Генетични заболявания	Да*	Не
1. Висока температура	1	0
2. Често настинки	1	0
3. Често главоболие	1	0
4. Често гадене	1	0
5. Често диария	1	0
6. Често запек	1	0
7. Често болки в гърба	1	0
8. Често болки в краката	1	0
9. Често болки в ръцете	1	0
10. Често болки в очите	1	0
11. Често болки в ушите	1	0
12. Често болки в носа	1	0
13. Често болки в гърлото	1	0
14. Често болки в корема	1	0
15. Често болки в мускулите	1	0
16. Често болки в ставите	1	0
17. Често болки в кожата	1	0
18. Често болки в косите	1	0
19. Често болки в ноктите	1	0
20. Често болки в зъбите	1	0
21. Често болки в вените	1	0
22. Често болки в артериите	1	0
23. Често болки в сърцето	1	0
24. Често болки в мозъка	1	0
25. Често болки в нервите	1	0
26. Често болки в жлъчния мехур	1	0
27. Често болки в панкреаса	1	0
28. Често болки в слезината	1	0
29. Често болки в лимфните възли	1	0
30. Често болки в костите	1	0
31. Често болки в хрущялите	1	0
32. Често болки в сухожилията	1	0
33. Често болки в мускулите	1	0
34. Често болки в ставите	1	0
35. Често болки в кожата	1	0
36. Често болки в косите	1	0
37. Често болки в ноктите	1	0
38. Често болки в зъбите	1	0
39. Често болки в вените	1	0
40. Често болки в артериите	1	0
41. Често болки в сърцето	1	0
42. Често болки в мозъка	1	0
43. Често болки в нервите	1	0
44. Често болки в жлъчния мехур	1	0
45. Често болки в панкреаса	1	0
46. Често болки в слезината	1	0
47. Често болки в лимфните възли	1	0
48. Често болки в костите	1	0
49. Често болки в хрущялите	1	0
50. Често болки в сухожилията	1	0
51. Често болки в мускулите	1	0
52. Често болки в ставите	1	0
53. Често болки в кожата	1	0
54. Често болки в косите	1	0
55. Често болки в ноктите	1	0
56. Често болки в зъбите	1	0
57. Често болки в вените	1	0
58. Често болки в артериите	1	0
59. Често болки в сърцето	1	0
60. Често болки в мозъка	1	0
61. Често болки в нервите	1	0
62. Често болки в жлъчния мехур	1	0
63. Често болки в панкреаса	1	0
64. Често болки в слезината	1	0
65. Често болки в лимфните възли	1	0
66. Често болки в костите	1	0
67. Често болки в хрущялите	1	0
68. Често болки в сухожилията	1	0
69. Често болки в мускулите	1	0
70. Често болки в ставите	1	0
71. Често болки в кожата	1	0
72. Често болки в косите	1	0
73. Често болки в ноктите	1	0
74. Често болки в зъбите	1	0
75. Често болки в вените	1	0
76. Често болки в артериите	1	0
77. Често болки в сърцето	1	0
78. Често болки в мозъка	1	0
79. Често болки в нервите	1	0
80. Често болки в жлъчния мехур	1	0
81. Често болки в панкреаса	1	0
82. Често болки в слезината	1	0
83. Често болки в лимфните възли	1	0
84. Често болки в костите	1	0
85. Често болки в хрущялите	1	0
86. Често болки в сухожилията	1	0
87. Често болки в мускулите	1	0
88. Често болки в ставите	1	0
89. Често болки в кожата	1	0
90. Често болки в косите	1	0
91. Често болки в ноктите	1	0
92. Често болки в зъбите	1	0
93. Често болки в вените	1	0
94. Често болки в артериите	1	0
95. Често болки в сърцето	1	0
96. Често болки в мозъка	1	0
97. Често болки в нервите	1	0
98. Често болки в жлъчния мехур	1	0
99. Често болки в панкреаса	1	0
100. Често болки в слезината	1	0

Бесплодие: Да* Не

Рак (при повече от 2-ма близки роднини)	Да*	Не
---	-----	----

Други:

* Подробности (кой е засегнат и в каква степен):

24. Каква е вашата професия?

Работя като:

Подложени ли сте на голям стрес или изложени ли сте на действието на химични вещества на работното място?

Не Да, изложен съм на:

Благодарим Ви!