



Виена Ин Витро Център
Vienna In Vitro Center

Анамнеза на съпруга (партньора)

Име: _____ Презиме: _____ Фамилия: _____

ЕГН: _____

Уважаеми господине, 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. Имате ли деца или знаете ли за осъществена от Вас бременност?

Не Не, но с предишна партньорка сме имали желание за деца

Да, от предишна партньорка. Дата на раждане на детето:

След лечение на безплодие? Не Да

Да, с настоящата ми партньорка. Дата на раждане на детето:

След лечение на безплодие? Не Да

2. Андрологични заболявания:

Въпроси	Не	Да	Подробности
Имали ли сте някога вазектомия?			през (година)
Ако да, възстановявана ли е някога проходимостта?			през (година)
Имате ли малоформации на половата система?			в ляво в дясно
Имали ли сте крипторхизъм като дете?			в ляво в дясно
Имали ли сте някога възпаление на тестисите?			през (година)
Имали ли сте някога травми на тестисите?			през (година)
Имали ли сте някога варикоцеле?			Не Да, операция през (г.)
Имали ли сте някога рак на тестисите?			Не Операция през (година) в ляво е дясно
Имали ли сте някога проблеми с ерекцията?			

Забележки:

3. Извършвани ли са Ви някои от следните изследвания?

Важно: Ако имате резултати от някои от изследванията, моля представете ни ги!

Изследване	Не	Да	Подробности ако знаете	
Спермограма			Последно изследване: (месец/година)	
Урологично изследване			Последно изследване: (месец/година)	
Изследване на простатата			нормален	патологичен
Хромозомна карта / Кариотип			нормален	патологичен
Муковисцидоза (тест за CFTR гена)			отрицателен	положителен
Биопсия на тестис			Ляв През (месец/година)	Десен

Забележка:

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

(попълнете)?

Заболяване	Не	Да	Детайли, ако знаете	От кога:	Лечение вижте *6
<u>Алергия към медикаменти:</u>					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,					Да*

Съдови заб., Травми, Тумори, Възпаления)					
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:

5. 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 *6
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*
Загуба на коса / косми по тялото			Остра Глава Тяло			Да*
Акне			По лицето По тялото			Да*
Болезнено уриниране			Често урината	Кръв в		Да*

Забележка:

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

Медикамент	Доза	От кога?	Защо го приемате?

7. 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	Апендектоми(А), Лапароскопска хирургия (L), Лапаротомия (Т)	Къде (болница) и причина?
	А L Т	
	А L Т	
	А L Т	
	Други операции?	

Забележка:

8.Колко често имате полови контакти?

Обикновено пъти/седмично пъти/месечно

9. Вашето тегло и ръст: кг cm

10.Пушите ли или пушили ли сте някога?

Не, никога Пуших преди месеца години.
Да, аз пуша цигари/дневно

11.Консумирате ли алкохол?

Никога Рядко При определени случаи Редовно

12.Приемате ли или приемали ли сте някога наркотици?

Никога Да,в миналото Да, сега

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

Генетични заболявания Да* Не

Безплодие: Да* Не

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

Други:

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

14. 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!