

Data: .....

**ANKIETA DLA PACJENTKI**

**Imię:..... Nazwisko: ..... Data urodzenia:.....**

*Szanowna Pani, serdecznie prosimy o poświęcenie 15 minut na wypełnienie poniższego dokumentu. Zawiera on pytania, które bardzo pomogą nam w leczeniu niepowodzeń rozrodu i rozwiązanie problemów z płodnością. Ułatwi nam to dobór i prowadzenie odpowiedniej terapii. Dane zawarte w ankiecie mają charakter poufny, dołączone zostaną do dokumentacji medycznej.*

**1. Jak długo stara się Pani o potomstwo z obecnym partnerem?**

Od ..... miesięcy    Od ..... Lat

**2. Jak wyglądają Pani cykle (pierwszy dzień cyklu= pierwszy dzień wystąpienia krwawienia)?**

- Regularne cykle między..... a ..... Dni
- Nieregularne cykle między ..... a ..... Dni
- Nie mam regularnych miesiączek. Ostatnia miesiączka była .....

**3. Krwawienie miesiączkowe:**

Trwa przeciętnie pomiędzy ..... a ..... dni.

Jakość krwawienia     lekko             umiarkowanie             mocno

**4. Czy była Pani w ciąży?**

- Nie, nie byłam w ciąży
- Tak (załączona tabela)

Rok	Poród (P) Poród martwego płodu (PM) Poronienie samoistne (PS) Ciąża pozamaciczna (CP)	Z obecnym partnerem	Czy była Pani leczona z powodu niepłodności
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Ważne wskazówki:

.....  
 .....  
 .....

**5. Czy wystąpiły jakieś komplikacje w czasie poprzedniej ciąży?**

- Nie
- Tak i jakie: .....

**6. Jakie metody antykoncepcji Pani stosowała?**

Prezerwatywy     tabletki     wkładka domaciczna     plastry     żadne     inne

**Czy występowały komplikacje stosowania antykoncepcji?**

Nie     Tak i jakie:.....

**7. Czy była Pani wcześniej leczona z powodu braku potomstwa?**

Nie     Tak, od.....

Rodzaj terapii	Ile razy	Tak/nie
Stymulacja owulacji hormonami		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inseminacja nasieniem partnera (męża)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inseminacja nasieniem dawcy		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Klasyczne In-vitro (IVF)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
In-vitro z mikroiniekcją (ICSI)		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Transfer zamrożonych embrionów		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....

**8. Przeprowadzone wcześniej zabiegi IVF/ ICSI (niezwykle dla nas istotne ze względu na stosowanie podobnych metod działania):**

Nr	Rok	IVF	ICSI	L. oocytów	Embriony	Mrożenie	Ciąża	Poród
1								
2								
3								
4								

Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....

**9. Czy pamięta Pani leki stosowane podczas stymulacji?**

Nr	Rok	Lek (np. Menopur, Puregon, Clomiphen)	Dawka	Komplikacje (Partz pkt.10)
1				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....

**10. Czy występowały inne niż wymienione komplikacje po stymulacji owulacji?**

- Nie  Zespół przestymulowania jajników  
 Bolesny i ciężki transfer  Utrudnione warunki stymulacji  
 Brak zapłodnienia  Inne  
 Inne informacje:

**11. Jaką metodą badano drożność jajowodów?**

<input type="checkbox"/> Nie było badań	<input type="checkbox"/> Tak, laparoskopowo w ..... roku	<input type="checkbox"/> Tak, rentgenowsko (HSG) w ..... roku	<input type="checkbox"/> Tak, ultrasonograficznie w ..... roku
---	--	---	--

Jajowody:

- Lewy:  otwarty, kontrast przechodzi  Zamknięty  utrudnione przechodzenie kontrastu  
 Prawy:  otwarty, kontrast przechodzi  Zamknięty  utrudnione przechodzenie kontrastu

**12. Choroby ginekologiczne:**

Choroba	Nie	Tak	Szczegóły
Czy były operowane jajowody (np. ciąża pozamaciczna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lewy <input type="checkbox"/> Prawy	<input type="checkbox"/> Wycięty <input type="checkbox"/> Podwiązany <input type="checkbox"/> Wycięty <input type="checkbox"/> Podwiązany
Czy był operowany jajnik lub jego część (np. wycięcie torbieli)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lewy <input type="checkbox"/> Prawy	<input type="checkbox"/> Częściowo wycięty jajnik <input type="checkbox"/> Wycięcie całej torbieli <input type="checkbox"/> Częściowo wycięty jajnik <input type="checkbox"/> Wycięcie całej torbieli
Czy zdiagnozowano endometriozę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laparoskopia: <input type="checkbox"/> Tak
Czy zdiagnozowano laparoskopowo jajniki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laparoskopia: <input type="checkbox"/> Tak
Czy przyjmuje Pani leki podczas krwawienia miesięczkowego (przeciwbólowe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leki:
Czy zdiagnozowano wady macicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....

**13. Czy miała Pani jakieś operacje miednicy mniejszej lub narządu rodowego?**

- Nie  Jeśli tak, to jakie: .....

Rok	Apendektomia (A) Laparoscopia (L) Histeroscopia (H) Laparotomia (T) łyżeczkowanie (Ł) Konizacja (K)	Powód i miejsce przeprowadzenia
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ł <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ł <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ł <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ł <input type="checkbox"/> K	
	<b>Inne operacje poza jamą brzuszną:</b>	

Inne informacje:

.....  
 .....  
 .....

**14. Jeśli przyjmuje Pani jakieś leki, to proszę podać jakie:**

Nazwa	Dawka	Jak długo	Powód

**15. Czy uskarża się Pani na jakieś choroby lub inne dolegliwości?**

Choroba	Nie	Tak	Szczegóły	Jak długo	Leczenie (pkt 14)
Alergia na leki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Zakrzepica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Tak
Choroby krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Rak i inne guzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaki rodzaj leczenia: <input type="checkbox"/> Tabletki <input type="checkbox"/> Insulina		<input type="checkbox"/> Tak
Wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> >160 <input type="checkbox"/> do 160 <input type="checkbox"/> do 140		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby płuc (np. astma, bronchit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby neurologiczne (np. epilepsja, naczyniowe, tumor, uraz, ch. Zapalne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby nerek (np. niewydolność, torbiel, guzy, zapalenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby serca (np. zawał, wada zastawki, zaburzenia rytmu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby wątroby (WZW, zatłuszczenie, marskość, torbiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby żołądka i jelit (np. zapalenie, wrzody, immunologiczne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak
Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie:		<input type="checkbox"/> Tak

Inne informacje:

.....

.....

.....

### 16. Czy ma Pani inne dodatkowe objawy?

Symptom	Nie	Tak	Jak często?	Korelacja ze stresem?	Aktualny stan:	Leczenie (pkt 14)
Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Ciężkie zmęczenie, osłabienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Migrena i bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Depresje i lęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Pobudzenie i nerwowość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Napady gorąca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Potliwość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Razy/tydzień	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Tak
Wypadanie włosów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Głowa <input type="checkbox"/> Ciało			<input type="checkbox"/> Tak
Nietypowa bóle ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Głowa <input type="checkbox"/> Ciało			<input type="checkbox"/> Tak
Trądzik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Na twarzy <input type="checkbox"/> na ciele			<input type="checkbox"/> Tak
Nadmierne owłosienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Na twarzy <input type="checkbox"/> Na wżórku łonowym <input type="checkbox"/> Wokół sutków			<input type="checkbox"/> Tak
Bóle brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przyczyna:			<input type="checkbox"/> Tak
Bóle przy oddawaniu moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Częste <input type="checkbox"/> Krew w moczu			<input type="checkbox"/> Tak
Bóle przy oddawaniu stolca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Częste <input type="checkbox"/> Krew w stolcu			<input type="checkbox"/> Tak
Bóle w czasie stosunku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Nie częste			<input type="checkbox"/> Tak

Inne informacje:

.....

.....

.....

### 17. Inne badania:

Pytanie	Nie	Tak	Szczegóły:
Czy była wykonana cytologia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy była badana tarczyca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy było badane ciśnienie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy wykonano badanie immunologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy wykonano badanie genetyczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data:
Czy wykonano test na cystis fibrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Negatywny <input type="checkbox"/> Pozytywny

### 18. Jaka jest częstość stosunków z obecnym partnerem?

.....razy na tydzień lub .....razy na miesiąc

### 19. Proszę podać wagę i wzrost: .....kg .....cm

### Czy przez ostatnie 12 miesięcy występowały zmiany wagi ciała?

Nie  Tak, przytyłam o ..... kg schudłam o .....kg



**20. Czy pali Pani papierosy?**

- Nigdy  Nie palę od.....  Tak..... papierosów dziennie

**21. Czy pije Pani alkohol?**

- Nie  Rzadko  Regularnie

**22. Czy zażywa Pani narkotyki lub leki pobudzające?**

- Nie  Tak, jakie.....

**23. Czy w Pani rodzinie występują choroby rodzinne?**

- Dziedziczne  Nowotwory  Niewyjaśnione utraty ciąży  Inne

**24. Wykonywany zawód .....**

**Od kiedy pracuje Pani w obecnym zawodzie?**

Pracuję od.....

**Czy w pracy występują obciążenia fizyczne?**

- Nie  Tak, jakie.....

SERDECZNIE DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY