

---

### ВЪПРОСНИК ЗА САМООЦЕНКА

*Моля, попълнете тази бланка и я носете на Вашата среща с лекаря. Пригответе си списък с въпроси, които бихте искали да му зададете. Цялата предоставена информация ще се съхранява като строго конфиденциална. Моля, заградете в кръг правилния отговор.*

	Жена	Партньор
1. Фамилия	_____	_____
2. Име	_____	_____
3. Дата на раждане	_____	_____
4. Професия	_____	_____
5. Телефон	_____	_____
6. Здр.осигуровка?	_____	_____
7. Адрес		
Град (село)	_____	_____
Улица	_____	_____
Пощенски код	_____	_____
E-mail	_____	_____
8. Насочващ лекар		
Име:	_____	
Телефонен номер:	_____	



**Гинекологична история:**

16. Имате ли в миналото си (*подчертайте вярното*):

Лечение поради вагинално течение / Наследствени, свързани с пола заболявания / Тазови възпалителни заболявания / Гинекологични операции / Лапароскопия / Хистероскопия / Операция на маточната шийка / Някакви други коремни операции?

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

---

17. Дата на последното PAP изследване? \_\_\_\_\_

18. Нормален ли е резултатът?

Да / Не

19. Имали ли сте някога анормален резултат?

Да / Не

Ако да, посочете кога: \_\_\_\_\_

**Сексуална история:**

20. Средно, колко често имате сексуален контакт? \_\_\_\_\_

на седмица

**Общо здраве:**

21. Теглото Ви е: постоянно / увеличава се / намалява (*подчертайте вярното*)

22. Имате ли някакви сериозни заболявания в миналото?

Да / Не

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

---

23. Имали ли сте някога течение от зърната на гърдите си? Да / Не

24. Имате ли проблеми с окосмяването? Да / Не

(например окосмяване по лицето)

25. Имате ли някакви наследствени заболявания в семейството си? Да / Не

(например Сърповидно-клетъчна анемия / Таласемия)

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

26. Прилага ли Ви се някакво продължително лечение? Да / Не

Ако да - моля, посочете медикаменти и дозировка:

---

---

27. Имате ли някакви алергии? Да / Не

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

28. Колко цигари пушите? ( ако не пушите, напишете 0) \_\_\_\_\_ на ден

29. Колко чаши алкохол пиете? \_\_\_\_\_ на седмица

**История на безплодието:**

30. Колко години правите опити за забременяване като двойка? \_\_\_\_\_ години

 31. Предишни изследвания, свързани с инфертилитета? **Да / Не**

Ако да - моля, дайте подробности:

---



---



---

32. Моля, попълнете тази таблица, ако някога сте провеждали хормонална стимулация или индукция на овулацията с или без вътрематочна инсеминация:

	Лечение 1	Лечение 2	Лечение 3	Лечение 4	Лечение 5
Година					
Брой цикли					
Клиника					
Clomiphen Cytrate (Да / Не)					
Гонадотропини (Да / Не)					
Вътрематочна инсеминация (Да / Не)					
Партньор / Донор					
Прекратена стимулация (Да / Не)					
Бременност (Да / Не)					

33. Правили ли сте някога ин витро оплождане?

Да / Не

Ако да, моля, попълнете тази таблица:

	Цикъл 1	Цикъл 2	Цикъл 3	Цикъл 4	Цикъл 5
Година					
Лекар					
Клиника					
Количество гонадотропини					
Брой аспирирани яйцеклетки					
Брой оплодени яйцеклетки					
Брой трансферирани ембриони					
ICSI (Да / Не)					
Партньор / Донор					
Прекратена стимулация (Да / Не)					
Бременност (Да / Не)					

### Данни на партньора

34. Имали ли сте заболявания или операции, свързани с гениталиите?

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

---

35. Имате ли деца от предишни връзки?

Да / Не

Ако да, колко?

\_\_\_\_\_

36. Имате ли някакви проблеми при сексуален контакт?

Да / Не

37. Можете ли да отделите еякулат чрез мастурбация?

Да / Не

38. Предишни изследвания и лечение на инфертилитета?

Да / Не

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

---

---

39. Имали ли сте някакви сериозни заболявания в миналото?

Да / Не

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

---

40. Прилага ли Ви се някакво продължително лечение?

Да / Не

---

Ако да - моля, посочете медикаменти и дозировка:

---

---

41. Имате ли някакви наследствени заболявания в семейството си? Да / Не

(например Сърповидно-клетъчна анемия / Таласемия)

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

42. Имате ли някакви алергии? Да / Не

Ако да - моля, дайте подробности:

---

---

43. Колко цигари пушите? ( ако не пушите, напишете 0) \_\_\_\_\_ на ден

44. Колко чаши алкохол пиете? \_\_\_\_\_ на седмица



**Социални безпокойства на двойката**

45. С изключение на проблема, поради който ще посетите нашата клиника, подложени ли сте на стрес (личен, професионален, финансов)?

---

---

46. Какво обикновено Ви помага най-добре, когато сте под стрес?

---

---

47. Кой са хората, които Ви подкрепят?

---

---

48. Как инфертилитетът влияе в отношенията Ви със семейството и приятелите?

---

---

49. Как се отразява инфертилитетът на брака Ви?

---

---

50. Как се отразява инфертилитетът на чувствата Ви към себе си?

---

---

51. Какви са Вашите очаквания от терапията?

---

---

---

52. Имате ли някакви притеснения, свързани с терапията?

---

---

52. Пазите ли в тайна лечението на инфертилитет от семейството, приятелите и / или колегите си?

---

---

53. Имате ли някакви религиозни съображения, които могат да повлияят лечението Ви?

---

---

**Важно: При първата си консултация, моля, носете със себе си всички ваши предишни изследвания и лечения на инфертилитет.**