**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΓΥΝΑΙΚΑΣ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα - Επώνυμο** |  |
| **Όνομα πατρός** |  |
| **Όνομα μητρός** |  |
| **Ημερ/νία γέννησης** |  |
| **Διεύθυνση κατοικίας** |  |
| **Τηλέφωνοοικίας** |  |
| **Τηλέφωνοκινητό** |  |
| **E-mail**  |  |
| **Επάγγελμα** |  |
| **Οικογενειακή κατάσταση** |  |

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

**Παρακαλώ περιγράψτε τις προηγούμενες προσπάθειες που κάνατε για να μείνετε έγκυος συνοπτικά, όπως εγκυμοσύνες, αποβολές, θεραπείες γονιμότητας και εξωσωματικής καθώς και τι αποτέλεσμα είχαν, δίνοντας και τις ημερομηνίες κατά προσέγγιση.**

**Παρακαλώ σημειώστε αν είχατε κάποια ασυνήθιστα συμπτώματα μετά την εμβρυομεταφορά, όπως πυρετό, πονόλαιμο, πόνο στις αρθρώσεις. εξανθήματα και αν είχατε αίμα πριν την ημερομηνία του τεστ εγκυμοσύνης**

|  |
| --- |
|  |

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Έχετεκύκλους/περίοδο;** |  |
| **Είναι οι κύκλοι σας τακτικοί;** |  |
| **Πόσο διαρκούν οι κύκλοι σας (από την μία περίοδο στην επόμενη);** |  |
| **Πόσες μέρες διαρκεί κατά κανόνα η περίοδός σας;**  |  |
| **Περιγράψτε την περίοδό σας - την ποσότητα και την όψη του αίματος, αν σταματάει και ξεκινάει απότομα ή αν υπάρχουν κηλίδες αίματος πριν την περίοδο ή μετά, κλπ** |  |
| **Πότε περιμένετε την επόμενη περίοδό σας;** |  |
| **Έχετε κάνει ποτέ λαπαροσκόπηση, υστεροσκόπηση ή υστεροσονογραφή; Αν ναι πότε και ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Παίρνετε κάποια φάρμακα συστηματικά; Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε τα** |  |
| **Έχετε διαγνωστεί με προβλήματα ανοσολογικής ή αυτοάνοσης φύσης;** |  |
| **Έχετε ελέγξει τη λειτουργία του θυρεοειδούς σας; Αν ναι ποια ήταν τα αποτέλεσμα;** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε πρόσφατα αποτελέσματα αιματολογικών εξετάσεων για FSH, LH, οιστραδιόλη, προλακτίνη (αν υπάρχουν)** |  |
| **Έχετε ελεγχθεί για ανωμαλίες πηκτικότητας του αίματος; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Έχετε ελεγχθεί για μόλυνση χλαμυδίων, μυκοπλάσματος ή ουρεαπλάσματος; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Έχετε ελέγξει τον καρυότυπό σας; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Σας έχει διαγνωστεί ποτέ κάποια ιογενής μόλυνση (έρπης απλός ή γεννητικών οργάνων, έρπης ζωστήρας, συχνές κρίσης επιχείλιου έρπητα, ιός κονδυλωμάτων κλπ);** |  |
| **Αν υπάρχουν αναφέρετε εδώ οποιαδήποτε ευρήματα σχετικά με τη γονιμότητά σας** |  |
| **Αν υπάρχουν αναφέρετε οποιαδήποτε άλλα προβλήματα υγείας, όπως αλλεργίες ή χρόνιες παθήσεις και χειρουργικές επεμβάσεις.** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε το ύψος και το βάρος σας** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε το χρώμα μαλλιών και ματιών σας.** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε την ομάδα αίματός σας αν την γνωρίζετε.** |  |

**ΣΥΖΥΓΟΣ / ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (ΑΝΤΡΑ)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Όνομα - Επώνυμο** |  |
| **Όνομα πατρός** |  |
| **Όνομα μητρός** |  |
| **Ημερ/νία γέννησης** |  |
| **Τηέφωνο** |  |
| **Email**  |  |
| **Επάγγελμα** |  |
| **Έχετε παιδιά από αυτή ή προηγούμενες σχέσεις;** |  |
| **Έχετε κάποια πρόσφατα αποτελέσματα ανάλυσης σπέρματος; Αν ναι παρακαλώ αναφέρετε τα.**  |  |
| **Έχετε ελέγξει τον καρυότυπό σας; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Έχετε ελέγξει αν είσαστε φορέας της κυστικής ίνωσης; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;** |  |
| **Αν υπάρχουν αναφέρετε οποιαδήποτε άλλα προβλήματα υγείας, όπως αλλεργίες ή χρόνιες παθήσεις και χειρουργικές επεμβάσεις.** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε το ύψος και το βάρος σας** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε το χρώμα μαλλιών και ματιών σας.** |  |
| **Παρακαλώ αναφέρετε την ομάδα αίματός σας αν την γνωρίζετε.** |  |

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΜΑΣ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Παρακαλώ γράψτε δίπλα αν έχετε κάποιες αρχικές ερωτήσεις ή απορίες για να σας απαντήσουμε** |  |

**=**

• Παρακαλείσθε επίσης να σημειώσετε ότι σύμφωνα με τον ελληνικό νόμο απαιτείται να προσκομίσετε πριν από την ιατρική σας περίθαλψη (IVF-IUI κ.λπ.) τα παρακάτω:

Εξετάσεις για

1. HIV 1 + 2 - που χρονολογείται τους τελευταίους 6 μήνες \*
2. Σύφιλη (VDRL ή RPR) - που χρονολογείται τους τελευταίους 6 μήνες \*
3. Ηπατίτιδα Β (HbsAg, HBcAb IgM) - που χρονολογείται τους τελευταίους 6 μήνες \*
4. Ηπατίτιδα C (HCV) – που χρονολογείται τους τελευταίους 6 μήνες \*
5. Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) που χρονολογείται τους τελευταίους 6 μήνες (απαιτείται μόνο για ασθενείς που πρόκειται να κάνουν ωοληψία ή χειρουργική ανάκτηση σπέρματος) \*\*
6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης- αντίγραφο αυτού για τα αρχεία μας ως εξής. \*\*\*

- Παντρεμένα ζευγάρια

Πιστοποιητικό γάμου

- Άγαμη γυναίκα

Μια έγκυρη πιστοποίηση υπογεγραμμένη από εσάς, υπό την παρουσία συμβολαιογράφου ή δικηγόρου ότι υποβάλλεσθε σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης δηλώνοντας ότι προχωράτε σε δωρεά σπέρματος και είστε υπεύθυνη για το παιδί.

- Ανύπαντρα Ζευγάρια

Μια έγκυρη πιστοποίηση υπογεγραμμένη από αμφότερα τα συμβαλλόμενα μέρη με την παρουσία συμβολαιογράφου ή δικηγόρου δηλώνοντας ότι και οι δύο υποβάλλεσθε σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης και είστε υπεύθυνοι για το παιδί.

7. Διαβατήριο

1, 2, 3 & 4 απαιτούνται επίσης όταν ο άνδρας επιθυμεί να καταψυχθεί το σπέρμα του.

\* Αν δεν έχετε τα στοιχεία 1-4, μπορούμε να κάνουμε αυτές τις εξετάσεις για εσάς με € 110 το άτομο.

Για τα παντρεμένα και άγαμα ζευγάρια, ανεξάρτητα από το αν θα χρησιμοποιηθεί η δωρεά σπέρματος, και οι δύο σύντροφοι πρέπει να παρουσιάσουν τα παραπάνω αποτελέσματα εξετάσεων, καθώς και αυτό αποτελεί νομική απαίτηση.

\*\* Αν θέλετε να προγραμματίσουμε το ΗΚΓ για σας, παρακαλούμε να μας ενημερώσετε.

\*\*\* Εάν χρειάζεστε να προγραμματίσουμε εμείς τη σχετική πιστοποίηση που ισχύει για άγαμες γυναίκες και ανύπαντρα ζευγάρια, μπορούμε να σας κλείσουμε ένα ραντεβού με συμβολαιογράφο με κόστος 100 ευρώ.

**\*\*\*\* Συστήνεται σε όλες τις γυναίκες κάτω των 35 ετών, πρόσφατος υπέρηχος μαστού και σε όλες τις γυναίκες άνω των 35 ετών, πρόσφατη μαστογραφία**

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΟ** *info@ivfserum.com*

*Τα ως άνω προσωπικά δεδομένα σας θεωρούνται εμπιστευτικά και απόρρητα, συλλέγονται απευθείας από σας για εκτέλεση σύμβασης ή προσυμβατικής σχέσης και προστατεύονται με κατάλληλα νομικά, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα κατά τους όρους του Ευρωπαϊκού Κανονισμού 2016/679 περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Στη συνέχεια τα δεδομένα αυτά ανωνυμοποιούνται ή ψευδωνυμοποιούνται κατά τους όρους της Πολιτικής Ιδιωτικότητας που βρίσκονται αναρτημένοι στην ιστοσελίδα μας* [*https://www.ivfserum.com/privacy-policy/*](https://www.ivfserum.com/privacy-policy/)*.*

*Συμπληρώνοντας το παρόν ερωτηματολόγιο, συναινείτε η κλινική IVFSerum να επικοινωνεί μαζί σας στο/ -α τηλέφωνο/ -α και στο/-α emails που έχετε δηλώσει παραπάνω. Σε περίπτωση τροποποίησης των προσωπικών δεδομένων σας μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων στο* *privacy@ivfserum.com**.*

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ**