



1 hasta

| | |
|--------|-------|
| Soyadı | Unvan |
|--------|-------|

| | |
|-----|------------|
| Adı | Doğum günü |
|-----|------------|

| |
|--------|
| Meslek |
|--------|

Adres

| |
|----------|
| Sokak/no |
|----------|

| | |
|------------|-------|
| Posta kodu | Şehir |
|------------|-------|

Erişilebilirlik

| |
|------------------|
| Telefon numarası |
|------------------|

| |
|---------|
| E-posta |
|---------|

Jinekolog

| |
|--|
| |
|--|

2 Güncel hamilelik

| | | | |
|------------------|--------------|-----|---------|
| 1. Son regl günü | Doğum tarihi | Boy | Ağırlık |
|------------------|--------------|-----|---------|

İkiz gebelik mi? Evet Hayır eğer öyleyse → tek yumurta çift yumurta ikizi

3 Önceki hamilelikler

Daha önce kaç kez hamile kaldınız? Kaç çocuğunuz var?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Hangi yıllarda ve hangi gebelik haftalarında doğum yaptınız?

| | | | | | |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
| Yıl | hafta | Yıl | hafta | Yıl | hafta |
|-----|-------|-----|-------|-----|-------|

Preeklampsi taraması hakkında bilgiler

(Sadece preeklampsi taramasının bir parçası olarak tamamlayın.)

Sigara içer misiniz? Evet Hayır

Şeker hastalığınız var mı? Evet Hayır

Yüksek tansiyonunuz var mı? Evet Hayır

Lupus eritematosusunuz var mı? Evet Hayır

Anti-fosfolipid sendromunuz var mı? Evet Hayır

Önceki gebeliklerde preeklampsi geçirdiniz mi? Evet Hayır

Çocuklarınızın önceki gebeliklerinde büyüme sorunları oldu mu? Evet Hayır

Annenizde preeklampsi var mıydı? Evet Hayır

Planlanmamış biçimde mi hamile mi kaldınız? Evet Hayır

Yapay dölleme ile mi hamile kaldınız? Evet Hayır

Evet ise → IVF ICSI

Yumurtalar ne zaman çıkarıldı?

Kendi yumurtalarınızı mı kullandınız? Evet Hayır

