



1 Páciens

Név	Titulus
-----	---------

Keresztnév(nevek)	Születés ideje
-------------------	----------------

Foglalkozás

Cím

Utca/házzszám

Irsz	Helység
------	---------

Elérhetőség

Telefonszám

E-mail

Nőgyógyász

--

2 Aktuális várandósság

1. Utolsó menstruáció első napja	Szülés várható időpontja	Testmagasság	Testsúly
----------------------------------	--------------------------	--------------	----------

Ikerterhesség?

igen nem

ha igen →

egy-
petejű két-
petejű

3 Korábbi terhességek

Hányadik terhessége a mostani?

--

Hány gyermeke van?

--

Melyik évben és a várandósság hányadik hetében szült?

Év	hét	Év	hét	Év	hét
----	-----	----	-----	----	-----

Adatok a terhességi toxémia (preeclampsia) szűréshez

(Csak a terhességi toxémia (preeclampsia) szűrés esetén töltsse ki.)

Dohányzik?

igen nem

Ön cukorbeteg?

igen nem

Magas a vérnyomása?

igen nem

Van lupusa?

igen nem

Szenved antifoszfolipid szindrómában?

igen nem

Állapítottak meg terhességi toxémiát a korábbi várandósságai során?

igen nem

Az előző várandósságaiból született gyermekeinek voltak növekedési problémái?

igen nem

Szenvedett az édesanyja terhességi toxémiában?

igen nem

Jelenlegi terhessége spontán fogant meg?

igen nem

Terhessége mesterséges megtermékenyítéssel fogant meg?

igen nem

ha igen →

IVF ICSI

Mikor vették le a petesejteket?

Dátum

A saját petesejtjeit ültették be?

igen nem

