



Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo
Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Univerzitetni klinični center Maribor
Ljubljanska ulica 5
2000 Maribor

Telefon: +386 2 321 24 60

Fax: +386 2 331 23 93

e-mail: ivf.mb@ukc-mb.si

VPRAŠALNIK O IZIDU POSTOPKA OBMP

VPRAŠALNIK A: NOSEČNOST

Zaradi natančne evidence o izidu postopkov OBMP, ki so narejeni na našem oddelku, potrebujemo tudi Vaše sodelovanje. Vsi podatki, ki nam jih boste zaupali v tem vprašalniku, bodo uporabljeni za izboljšanje kakovosti postopkov OBMP. Na ta način boste tudi Vi sodelovali pri zviševanju učinkovitosti naših posegov in s tem pomagali drugim parom, ki se zdravijo v našem centru.

Vljudno vas prosimo, da izpolnjeni vprašalnik čim prej (najkasneje v 11 tednu po prenosu zarodkov) pošljete na naš oddelek v priloženi ovojnici. Hvala za sodelovanje.

I. Splošni podatki

Vaše ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Stalni naslov (ulica, mesto, država): _____

Telefonska številka: _____

II. Podatki o zapletih po punkciji foliklov

Ali ste imeli v obdobju 10 tednov po punkciji foliklov kakšne zdravstvene težave, povezane s hormonsko terapijo ali punkcijo?

DA*

NE

* V obdobju 10 tednov po punkciji foliklov sem imela (označite številko in črko odgovora, ki najbolj ustreza vašemu primeru in dopolnite ta odgovor z natančnimi podatki):

• 1 Sindrom hiperstimulacije:

▫ a ležala sem v bolnišnici zaradi razvoja znakov hiperstimulacije jajčnikov v (ime bolnišnice) _____, od _____ do _____ (datum)

▫ b zdravnik v bolnišnici ali ambulantni je potrdil sindrom hiperstimulacije dne _____, vendar v bolnišnici zaradi težav nisem ležala

▫ c nisem bila pri zdravniku, čeprav sem v prvih 10 tednih po punkciji foliklov imela težave (obkrožite težave, ki ste jih imeli):

- občutek napetosti v spodnjem delu trebuha
- bolečina v spodnjem delu trebuha
- slabost
- bruhanje
- driska

• 2 Medenično vnetje

• 3 Drugo (prosimo, opišite težavo): _____

