



SERUM IVF SA
ADVANCED IVF TREATMENT CENTER

SOFOKLI VENIZELOU AVENUE 26, 141 23 LYKOVRYSI, ATTICA
TEL.: +30 210 7700744 FAX: +30 210 7489567
WEB: www.ivfserum.com EMAIL: info@ivfserum.com

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:

Έχετε κύκλους/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 υστεροσονογραφία; Αν ναι τότε 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 αποτελέσματα;	
Παρακαλώ αναφέρετε πρόσφατα αποτελέσματα αιματολογικών εξετάσεων για FSH, LH, οιστραδιόλη, προλακτίνη (αν υπάρχουν)	
Έχετε ελεγχθεί για ανωμαλίες πήκτικότητας 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 καρύοτυπό σας; Αν ναι ποια ήταν τα ευρήματα;	
Σας έχει διαγνωστεί ποτέ κάποια ιογενής μόλυνση (έρπης απλός ή γεννητικών οργάνων, έρπης ζωστήρας, συχνές κρίσης επιχειλίου 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	

Τηλέφωνο	
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-ΙUI 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/>. 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