التاريخ :

الاسم : --------------------------- المهنة :--------------------

اسم الزوج : ---------------------- الهاتف :-------------------

البلد (العنوان ) : ------------------- المدينة :--------------------

الايميل : --------------------------

التاريخ المرضي :---------------------------

* كم سنة مضى على الزواج ؟ ---------
* منذ متى وانتما تحاولان الحمل ؟---------
* هل راجعتم اخصائي نسائية وتوليد ؟--------
* كم مرة تتم العلاقة الزوجية خلال الشهر ؟--------
* بيانات الزوجة :-
* العمر :---------------- الطول :---------- الوزن :------------

- هل هناك حساسية للأدوية :-------

- هل انتي مدخنة ؟ او تتناولي الكحول ؟------------------------------

- كم مرة في اليوم؟--------------------------------

- هل الدورة الشهرية منتظمة ام , لا ؟ كل كم يوم ؟---------

- كمية الدم المفقود: - خفيف - متوسط - غزير

-هل تعانين من امراض طبية متل (بطانة الرحم المهاجرة او غيرها ) ؟ الرجاء اعطاء التفاصيل اذا كانت الاجابة بنعم

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* هل تتناولين ادوية باستمرار ؟---------------------------------------
* هل سبق وان عانيت من التهاب في الحوض ؟------------------------
* هل سبق و ان اجري لك اي عمليات جراحية في البطن او الحوض ؟

----------------------------

* متى؟ ------------- وماذا كانت النتيجة؟----------------- -----------

هل تزوجت قبل الزواج الحالي ؟ اذا كانت الاجابة نعم -------------------

كم مرة تم الحمل سابقا ؟----------------------------------------

كم مرة تم الاجهاض سابقا ؟------------------------------------

-كم مرة تم الحمل مع الزوج الحالي ؟-----------------------------------

- كم مرة تم الاجهاض مع الزوج الحالي ؟------------------------------

- كم مرة تم الحمل خارج الرحم ؟--------------------------------------

- كيف كانت الولادة مهبلية ام قيصرية ؟-----------------

* هل سبق وان اجريت ما يلي :-

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الفحص | نعم / لا | النتائج |
| صورة ملونة للرحم |  |  |
| المنظار الرحمي |  |  |
| المنظار البطني |  |  |

* هل خضعت لاي من البرامج الاتية :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| البرنامج | نعم / لا | كم مرة | النتائج |
| تحريض اباضة بحبوب الكوميد وتحديد وقت الجماع |  |  |  |
| تحريض اباضة بحبوب الكوميد واجراء حقن صناعي |  |  |  |
| تحريض اباضة بابر تنشيط المبايض وتحديد موعد الجماع |  |  |  |
| تحريض اباضة بابر تنشيط المبايض واجراء حقن صناعي |  |  |  |
| الحقن المجهري  (اطفال الانابيب) |  |  |  |

- هل هناك معلومات تريدين اضافتها ؟---------------------------------

- هل هناك اي نتائج فحوصات اخرى قمت باجرائها ؟

---------------------------------------------------------------------

* اذا تم اجراء عملية الحقن المجهري ، الرجاء الجابة عما يلي:

كم ابرة كنت تاخذين في اليوم ؟-----------------------------------

كم حويصلة على الجهاز ؟---------------------------------------

كم عدد البويضات ؟----------------------------------------------

كم عدد الاجنة المرجعة ؟-----------------------------------------

كم عدد الاجنة المجمدة ؟-----------------------------------------

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

بيانات الزوج :

* العمر : ------------------ المهنة : ---------------------------
* الطول: ------------------ الوزن : ---------------------------
* حساسية للأدوية : ------------ ---------------------------------
* هل انت مدخن ؟ او متناول للكحول ؟كم يوميا؟ ----------------------------------------------------------------------------------
* هل هناك زواج سابق ؟ -----------------------------------------
* كم مرة تم الحمل في الزواج السابق ؟----------------------------
* هل تعاني من مشاكل جنسية في القذف او الانتصاب ؟-------------
* هل تعاني من اي امراض مزمنة ؟ ------------------------------
* هل تتناول ادوية باستمرار ؟-------- ما هي ؟------------------------------------------------------------------------------------
* هل تم اجراء فحوصات هرمونات ؟ -----------------------------
* هل تم اجراء عمليات جراحية ؟--------- ما هي ؟-------------------------------------------------------------------------------
* هل يعاني احد من اقاربك من مشكلة عدم الانجاب ؟---------------
* هل تم اعطاؤك علاجات للعقم ما هي ؟ -----------------------------------------------------------------------------------------
* الرجاء ارسال فحص السائل المنوي مصورا
* هل هناك اي ملاحظات اخرى تود اضافتها ؟-------------------------------------------------------------------------------------