

MUŠKA NEPLODNOST - UPITNIK

U cilju sagledavanja problema koji imate, bila bih Vam zahvalna ukoliko biste dali odgovore na postavljena pitanja u vezi Vašeg zdravlja. U upitniku se nalaze i pitanja namenjena Vašoj partnerki. Sve informacije će biti deo Vašeg zdravstvenog kartona i čuvane u tajnosti . Molila bih Vas da ih popunite pre prvog pregleda.

Ime i prezime : _____

Datum ____/____/____

Vaše godine: _____

Ime partnerke : _____

Godine partnerke: _____

Lekar koji Vas upućuje

Dr.: _____

Ginekolog Vaše partnerke

Dr.: _____

PITANJA ZA NJEGA

1. Ukoliko ste oženjeni, koliko godina ste u braku? _____
2. Koliko godina pokušavate da ostvarite trudnoću? _____
3. Prethodne trudnoće između Vas i Vaše partnerke (broj) _____
 - 3a. Broj porođaja _____
 - 3b. Broj pobačaja _____
 - 3c. Broj namernih pobačaja _____
4. Prethodne trudnoće između Vas i bivše(ih) partnerke(i) (broj) _____
 - 4a. Broj porođaja _____
 - 4b. Broj spontanih pobačaja _____
 - 4c. Broj namernih pobačaja _____
5. Metode kontracepcije, ako ste ih ranije koristili _____
- 5a. Koliko puta nedeljno, u proseku, imate seksualne odnose ? _____
6. Koristite li lubrikante i koje _____
7. Da li ste ranije lečeni zbog neplodnosti? Da Ne
8. Da li Vas nešto od sledećeg brine Da Ne
 - 8a. Teže ostvarujete erekciju Da Ne
 - 8b. Teže održavate erekciju Da Ne
 - 8c. Prerana ejakulacija Da Ne

ANAMNEZA

9. Da li Vam je rečeno ili znate za sledeće

- | | | |
|--|-----|-----|
| 9a. Nespušteni testisi na rođenju? | Da | Ne |
| 9b. Ukoliko imate nespušteni testis, sa koje strane? | L__ | D__ |
| 9c. Zauške posle puberteta sa otokom testisa? | Da | Ne |
| 9d. Diabetes mellitus | Da | Ne |
| 9e. Karcinom | Da | Ne |
| 9f. Multipla skleroza | Da | Ne |
| 9g. Druga neurološka oboljenja | Da | Ne |
| 9h. Urinarna infekcija | Da | Ne |
| 9i. Infekcija prostate (prostatitis) | Da | Ne |
| 9j. Infekcija pasemenika (epididimitis) | Da | Ne |
| 9k. Venerične bolesti | Da | Ne |
| 9l. Žuti ili zeleni iscedak iz penisa | Da | Ne |
| 9m. Krv u spermi | Da | Ne |
| 9n. Tegobe sa mokrenjem | Da | Ne |
| 9o. Povreda testisa | Da | Ne |
| 9p. Čir na želudcu | Da | Ne |
| 9q. Kamen u bubregu | Da | Ne |
| 9r. Bol u mošnicama ili testisima | Da | Ne |
| 9s. Česte bronhitise ili upale pluća (pneumonije) | Da | Ne |
| 9t. Bilo koji drugi zdravstveni problem , navedite | Da | Ne |

- | | | |
|---|----|----|
| 9u. Da li ste alergični na neki lek koji ste koristili | Da | Ne |
| 9v. Ako ste imale alergijske reakcije, navedite na koji lek | | |

HIRURŠKA ANAMNEZA

10. Da li Vam je rečeno ili znate za sledeće

- | | | |
|--|-----|-----|
| 10a. Da li ste operisali preponsku kilu? | Da | Ne |
| 10b. Ako ste operisali preponsku kili sa koje strane ? | L__ | D__ |
| 10c. Da li ste imali operaciju bešike ili penisa kao? | Da | Ne |
| 10d. Da li ste imali operaciju kičme ili karlice | Da | Ne |
| 10e. Da li ste imali operaciju na testisima | Da | Ne |
| 10f. Da li ste imali operaciju varikocele | Da | Ne |
| 10g. Da li ste imali operaciju hidrocele | Da | Ne |

- 10h. Da li ste imali operaciju ciste u mošnicama Da Ne
 10i. Da li Vam je učinjena vazektomija Da Ne
 10j. Da li ste imali neku drugu intervenciju zbog neplodnosti Da Ne

- TUR Da Ne
 Aspiraciju spermatozoida Da Ne
 Rekonstrukciju vazektomije Da Ne
 Epididimovasostomiju Da Ne
 Electroejakulaciju Da Ne
 Bilo koju drugu vrstu hirurgije (navesti koju) Da Ne

Podaci o izloženosti

- 11a. Molimo, navedite lekove koje koristite kao i doze

- 11b. Da li pušite (cigarete, cigare ili lulu)? Da Ne
 11c. Ukoliko pušite, od kada pušite? (u godinama) _____
 11d. Koliko cigareta popušite dnevno? _____
 11e. Ako ste prestali da pušite, od kada (u godinama)? _____

- 11f. Da li koristite sledeće:

Alkohol	Ne	<2 pića/dan	>2 pića/ dan
Kafu	Ne	<2 šolje/dan	>2 šolje/dan
Coca colu	Ne	<2 konzerve/dan	>2 konzerve/dan
Marihuanu	Ne	Retko	Često

- 11g. Šta radite? _____

- 11h. Da li puno putujete ? Da Ne
 11i. Da li Vam je posao stresan ? Da Ne
 11j. Ako je stresan , koliko? Slabo

Umereno
 Veoma
 Ekstremno

- 11k. Da li ste na poslu izloženi zračenju ili hemikalijama ? Da Ne
 11L. Ako da, navedite čemu i kada?

Agens godina

- 11m. Da li ste dugotrajno izloženi povišenoj temperaturi? Da Ne
 11n. Da li ste izloženi pesticidima? Da Ne
 11o. Da li koristite tople kupke, saunu ili Jacuzzi? Da Ne
 Koliko često? Svaki dan
 (zaokružite 1 odgovor) Svaki drugi dan
 Jedanput nedeljno
 Povremeno

Podaci o hormonskom stanju

12. Dali imate (ili ste imali) nešto od sledećeg?
- 12a. Teškoće sa mirisom? Da Ne
 12b. Teškoće sa vidom (sem potrebe za naočarima)? Da Ne
 12c. Promene u boji kože (Net tanning related)? Da Ne
 12d. Probleme sa rastom u mladosti? Da Ne
 12e. Da li Vam se glas promenio kasnije nego Vašim drugovima? Da Ne
 12f. Koliko često imate potrebu da se brijete? Svakodnevno
 Svaki drugi dan
 Dva puta nedeljno ili ređe
 12g. Da li Vam se u poslednje vreme promenio režim brijanja? Da Ne
 12h. Imate li bolove u grudima? Da Ne
 12i. Da li ste imali povišenu temperaturu u poslednja 3 meseca? Da Ne

Porodična istorija

13. Što se tiče vaše šire porodice:
- 13a. Koliko imate braće u krvnom srodstvu? _____
 13b. Koliko imate sestara u krvnom srodstvu? _____
 13c. Da li je iko od braće i sestara imao probleme da dobije dete? Da Ne
 Ako Da: ko? _____ koji problem? _____
 13d. Da li ima usvojene dece u porodici? Da Ne
 Ako da, ko je usvojio dete? _____
 13e. Da li je bilo sponatnih pobačaja u bližoj porodici? Da Ne
 13f. Da li je Vaša majka ikad koristila estrogene (diethylstilbesterol)? Da Ne
 13g. Da li su Vaši roditelji imali teškoća sa začecem Vas ili Vaše braće i sestara? Da Ne

Pitanja za NJU (Ispunite praznine ili zaokružite):

- 14a. Koliko imate braće i sestara u krvnom srodstvu? _____
 14b. Koliko imate sestara u krvnom srodstvu? _____
 15. Da li je ovo Vaš prvi brak? Da Ne
 16. Broj trudnoća sa drugim partnerom _____
 16a. Broj živorođene dece _____
 16b. Broj spontanih pobačaja _____
 16c. Broj namernih pobačaja _____
 17. Imate li neki zdravstveni problem? Da Ne

Ako da, navedite koji: _____

18. Da li ste ranije ispitivani zbog neplodnosti ? Da Ne
 19. Da li Vam je menstrualni ciklus uredan ? Da Ne
 20. Da li ste radili neki od sledećih testova?

	Da	Ne	Ne sećam se	Rezultat
Bayalna temperaturaal	_____	_____	_____	_____
Ultrazvučni pregled	_____	_____	_____	_____
Krvna analize	_____	_____	_____	_____
Post-koitalni test	_____	_____	_____	_____
Histerosalpingogram (HSG)	_____	_____	_____	_____
Laparoskopiju	_____	_____	_____	_____

21. Da li ste koristili sledeću terapiju?

	Da	Ne	Kada?
Clomid	_____	_____	_____
Inseminacije	_____	_____	_____
IVF	_____	_____	_____
IVF/ICSI	_____	_____	_____
GIFT	_____	_____	_____

22. Da li je neko u porodici imao problem sa začećem ? Da Ne
 Ako Da: ko? _____ koji problem? _____

Skrining genetske neplodnosti

23. Ako imate decu :

- 24a. Da li su zdrava?

Zajedno	Sa prethodnim partnerom	Vaš partner/ prethodna partnerka
Da Ne	Da Ne	Da Ne

- 24b. Da li su imali anomalije pri rođenju ?

Zajedno	Sa prethodnim partnerom	Vaš partner/ prethodna partnerka
Da Ne	Da Ne	Da Ne

Ako da, molimo opišite : _____

- 24c. Da li imaju zastoj u razvoju?

Zajedno	Sa prethodnim partnerom	Vaš partner/ prethodna partnerka
Da Ne	Da Ne	Da Ne

Ako da, molimo opišite: _____

25. Da li Vi, Vaš partner ili krvni srodnici imate jedno od sledećih ?					
	Vi	Partner	Porodica	Ko?	
Nikad započeta menstruacija	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Rana menopauza	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Ponovljeni pobočaji (3 ili više)	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Mrtvorodena deca ili dete umrlo do 1. godine					
	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Cistična fibroza	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Poremećaj mišićnog sistema	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Neurološki poremećaj	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

	Vi	Partner	Porodica	Ko?	
Koštano/skeletni poremećaj					
	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Urođenu anomaliju (npr. zečja usna, iščašenje kuka)	Da Ne	Da Ne	Da Ne		
Zastoj u razvoju	Da Ne	Da Ne	Da Ne		

Policistična bolest bubrega	Da Ne	Da	Ne	Da	Ne

Urođenu srčanu manu	Da Ne	Da Ne	Da	Ne	

Mongolidizam Da Ne Da Ne Da Ne

Poremećaj seksualnog hromozoma

(na pr. Klinefelter/Turner Sindrom) Da Ne Da Ne Da Ne

Drugi hromozomski defekt Da Ne Da Ne Da Ne

Marfan Sindrom Da Ne Da Ne Da Ne

Poremećaj zgrušavanja krvi (na pr .hemofilija)

Da Ne Da Ne Da Ne

Anemija srpastih ćelija, Thalassemia Da Ne Da Ne Da Ne

Gluvoća /Slepilo (na rođenju ili rano u detinjstvu)

Da Ne Da Ne Da Ne

26. Da li ste zabrinuti da neko u Vašoj ili partnerovoj porodici ima genetski defekt koji može da pogodi Vaše dete? _____

27. Da li ste imali teškoća pri popunjavanju ovog upitnika? Da Ne
Ako Da, zašto ? _____

Hvala Vam što se popunili upitnik .