

Nr.

Pentru o evaluare corectă și elaborarea unui plan de tratament personalizat de succes, este nevoie de detalii extinse despre toți factorii implicați. Vă recomandăm să completați cât mai multe informații.

Vă rugăm să atașați documentele relevante, cum ar fi rapoarte ale tratamentelor anterioare, examinări, operații.

Toate informațiile sunt voluntare și strict confidențiale. Ne puteți trimite formularul prin email programari@gynera.ro

Informații despre pacient

Nume	Prenume
Data nașterii	CNP
Adresa	
Telefon	Email
Ocupația	Loc de muncă
Asigurare medicală de stat	Asigurare medicală privată
Căsătorit legal <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da din anul <input type="text"/>	

Informații despre partener

Nume	Prenume
Data nașterii	CNP

Informații despre adresabilitate

Motivul consultației
Vă adresați <input type="checkbox"/> Clinicii <input type="checkbox"/> Unui medic anume
Cum ați aflat despre clinică / medic ?
Medicul care v-a trimis / recomandat

Informații medicale

Înălțime	Greutate		
Fumător <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	țigări/zi	Alcool <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	
Mediu toxic <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da		Expunere la căldură excesivă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	
Alte noxe			

Sarcini cu partenera actuală <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	Sarcini cu altă parteneră <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da
Copii născuți	
Anul nașterii	Partenera actuală <input type="checkbox"/> Altă parteneră <input type="checkbox"/> Sănătos
Anul nașterii	Partenera actuală <input type="checkbox"/> Altă parteneră <input type="checkbox"/> Sănătos
Anul nașterii	Partenera actuală <input type="checkbox"/> Altă parteneră <input type="checkbox"/> Sănătos

Medicație în prezent, inclusiv naturistă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	
Alergii și modul de manifestare <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	

Ați avut vreodată?									
<input type="checkbox"/>	Chlamydia	<input type="checkbox"/>	Papilomavirus (HPV)	<input type="checkbox"/>	Boală tiroidiană	<input type="checkbox"/>	Hipertensiune	<input type="checkbox"/>	Transfuzie
<input type="checkbox"/>	Gonoree	<input type="checkbox"/>	Alte infecții genitale	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Astm bronșic	<input type="checkbox"/>	Tromboză
<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Hernie inghinală	<input type="checkbox"/>	Diabet	<input type="checkbox"/>	Infecții urinare	<input type="checkbox"/>	Vaccinări
<input type="checkbox"/>	Hepatită	<input type="checkbox"/>	Tumoră testiculară	<input type="checkbox"/>	Boală cardiacă	<input type="checkbox"/>	Dificultăți la recoltarea spermei		
<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	Varicocel	<input type="checkbox"/>	Boală hepatică	<input type="checkbox"/>	Variații mari în greutate		
<input type="checkbox"/>			Testicul necoborât	<input type="checkbox"/>	Boală renală	<input type="checkbox"/>	Anestezie și dacă da, complicații:		
<input type="checkbox"/>	Probleme de erecție / ejaculare				<input type="checkbox"/>	Administrare de steroizi			

Alte boli în antecedente

Operații în antecedente
Căi urinare
Testicul necoborât
Tumoră testiculară
Varicocel
Puncție / Biopsie testiculară
Alte

Boli semnificative în familie (diabet, cancer, boli genetice, boli cardiace, hipertensiune, malformații, talasemie, tromboze, embolii etc)
Avorturi frecvente la membrii familiei <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da

Infertilitate Nu Da , de ani (Număr de ani în care ați avut raport sexual neprotejat)

Investigații anterioare Cauza depistată Nu Da

Spermograma	Da, în anul	Rezultat
Spermocultura	Da, în anul	Rezultat
Cultura uretrală	Da, în anul	Rezultat
FSH	Da, în anul	Rezultat
TSH	Da, în anul	Rezultat
Prolactina	Da, în anul	Rezultat
Testosteron	Da, în anul	Rezultat
Teste genetice	Cariotip	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
	Microdeleții CRS Y	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Prezente
Alte teste		

Consult urologic	Da, în anul	Rezultat

Tratamente semnificative efectuate		
Tratament hormonal	Da, în anul	Medicație
Alte tratamente	Da, în anul	Tratament
Complicații	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da	

Data _____

Semnătura _____