

CHESTIONAR - CARIOTIP CUPLU

Pentru interpretarea corectă a rezultatelor,
vă rugăm să completați acest scurt chestionar

Screening în vederea obținerii unei sarcini

- | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------|
| Ⓐ Mai puțin de 2 ani de relație de cuplu | <input type="checkbox"/> | Bifați dacă este cazul | <input type="checkbox"/> | Fară motiv |
| Ⓐ În lipsa avorturilor spontane | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Ⓐ Anamneza familială negativă | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Sterilitate de cuplu

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--|
| Ⓐ Peste 2 ani de relație de cuplu | <input type="checkbox"/> | Bifați dacă este cazul | <input type="checkbox"/> | Fară motiv |
| Ⓐ în lipsa avorturilor spontane | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Spermogramă | <input type="checkbox"/> | Normală | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatul) |
| Dozari hormonale | <input type="checkbox"/> | Normale | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatele anormale) |
| Evaluare ginecologică | <input type="checkbox"/> | Normală | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatul) |

Inferilitate de cuplu

- | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|--|
| Ⓐ Cel puțin 2 avorturilor spontane | <input type="checkbox"/> | Bifați dacă este cazul | <input type="checkbox"/> | Fară motiv |
| Spermogramă | <input type="checkbox"/> | Normală | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatul) |
| Dozari hormonale | <input type="checkbox"/> | Normale | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatele anormale) |
| Evaluare ginecologică | <input type="checkbox"/> | Normală | <input type="checkbox"/> | Anormală (Menționați rezultatul) |
| Evaluare genetică a produsului/produșilor de concepție | <input type="checkbox"/> | NU | <input type="checkbox"/> | DA (Menționați rezultat/rezultate) |

În vedere efectuării FIV

Anamneza personală patologica – alte boli cunoscute

Ea

El

Anamneza familială

Există anomalii cromosomiale în familie NU DA (Menționați rezultat/rezultate) Fară motiv

