



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Tarih : _____

Hastanın Adı Soyadı : _____

Doğum Tarihi : _____ Yaş : _____

E-mail adresi : _____

Tel : _____

Korunmasız Birliktelik Süresi : _____

Gebelik Öyküsü : G__ P__ A__ Y__ K: ☐ E: ☐

Kronik Hastalık Öyküsü : Hipertansiyon ☐

Diyabet ☐

Kalp Hastalığı ☐

Tiroid Bezi Hast. ☐

Böbrek Hastalığı ☐

Astım ☐

Epilepsi ☐

Romatizma ☐

Derin Ven Trombozu ☐

Emboli Öyküsü ☐

Migren ☐

Kan Hastalığı ☐

Nörolojik Hastalık ☐

Psikiyatrik Hastalık ☐

Ortopedik Hastalık ☐

Çarpıntı ☐

Göğüs Ağrısı ☐

Bacaklarda Şişlik ☐

Nefes Darlığı / Öksürük ☐

Kemoterapi/ Radyoterapi ☐

Sarılık ☐

Diğer _____

Akrabalık : _____

Alerji : _____

Operasyon / Travma : _____

Sigara Kullanımı (varsa adet/gün/yıl) : _____

Alkol Kullanımı (varsa kadeh/hafta/yıl) : _____

Madde Kullanımı : _____

İlaç Kullanımı : _____

Ailede İnfertilite Öyküsü : _____

Ailede Genetik Hastalık Öyküsü : _____

Boy : _____ Kilo : _____ BMI : _____

Saç Rengi : _____ Göz Rengi : _____

Ten Rengi : _____ Etnik Köken : _____

Kan Grubu : _____

Smear / HPV Testi : _____

Hormon Analizi : Tarih : _____

FSH : _____ E₂ : _____ fT₃ : _____

LH : _____ PRL : _____ fT₄ : _____

AMH : _____ TSH : _____

Seroloji / Kültür : Tarih : _____

HBsAg : _____ Anti-Rubella : _____

Anti-HCV : _____ Anti-CMV : _____

Anti-HIV : _____ Anti-Toxo : _____

VDRL : _____ Klamidya : _____

HSG / SHS : Tarih : _____

Uterus : _____

Sol Tuba : _____

Sağ Tuba : _____

Histeroskopi / Laparoskopi : Tarih : _____

Eşin Adı Soyadı : _____

Doğum Tarihi : _____ Yaş : _____

E-mail adresi : _____

Tel : _____

Çocuk Öyküsü : _____

Kronik Hastalık Öyküsü : Hipertansiyon ☐

Diyabet ☐

Kalp Hastalığı ☐

Tiroid Bezi Hast. ☐

Böbrek Hastalığı ☐

Astım ☐

Epilepsi ☐

Romatizma ☐

Derin Ven Trombozu ☐

Emboli Öyküsü ☐

Migren ☐

Kan Hastalığı ☐

Nörolojik Hastalık ☐

Psikiyatrik Hastalık ☐

Ortopedik Hastalık ☐

Çarpıntı ☐

Göğüs Ağrısı ☐

Bacaklarda Şişlik ☐

Nefes Darlığı / Öksürük ☐

Kemoterapi/ Radyoterapi ☐

Sarılık ☐

Diğer _____

Yukarıda doldurulan iki sayfada, bana ait olan tüm bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

Adı Soyadı : _____ İmza : _____

Alerji : _____

Operasyon / Travma : _____

Varikozel / Hidrosel : _____

Orşit Öyküsü : _____

İnmemiş Testis Öyküsü : _____

Sigara Kullanımı (varsa adet/gün/yıl) : _____

Alkol Kullanımı (varsa kadeh/hafta/yıl) : _____

Madde Kullanımı : _____

İlaç Kullanımı : _____

Ailede İnfertilite Öyküsü : _____

Ailede Genetik Hastalık Öyküsü : _____

Boy : _____ Kilo : _____ BMI : _____

Saç Rengi : _____ Göz Rengi : _____

Ten Rengi : _____ Etnik Köken : _____

Kan Grubu : _____

Spermioyogram : _____ Tarih : _____

Hacim : _____

Konsantrasyon : _____

Motilite (a+b) : _____

Morfoloji : _____ Kruger / WHO

Sonuç : _____

Seroloji : _____ Tarih : _____

HBsAg : _____

Anti-HCV : _____

Anti-HIV : _____

VDRL : _____

Yukarıda doldurulan iki sayfada, bana ait olan tüm bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

Adı Soyadı : _____ İmza : _____



Dış Merkezli Jinekolojik Muayene/USG Öyküsü :

Tarih : _____

Uterus : _____

Endometrium : _____

Sol Over : _____

Sağ Over : _____

Diğer Bulgular : _____

İnfertilite Tedavi Öyküsü :

TARİH	TEDAVİ	PROTOKOL	İLAÇ/DOZ	FOLİKÜL #	OOSİT #	EMBRİYO #	ET #	SONUÇ

SAT : _____

Adet Düzeni (siklus/süre/ped) : _____ / _____ / _____

Fizik Muayene : _____

Jinekolojik Muayene : _____

Mock Transfer Test : _____

Jinekolojik USG : Uterus : _____

Endometrium : _____

Sol Over : _____

Sağ Over : _____

Diğer Bulgular : _____

İnfertilite Sebebi : Erkek Faktör ☐

Uterin Faktör ☐

Diğer..... ☐

Overyan Faktör ☐

Servikal Faktör ☐

Açıklanamayan ☐

FOLİKÜL TAKİBİ

.....

TARİH	GÜN	SAĞ OVER	SOL OVER	ENDO	PLAN

TRİGGER

ÇATLATMA GÜN VE SAATİ	İLAÇ ADI VE DOZU	OPU GÜN VE SAATİ

OPU

FOLİKÜL #	OOSİT #	M2 #	M1 #	GV	ANOMALİ

CERRAH :	ANESTEZİST :	EMBRİYOLOG :
OHSS RİSKİ : D / O / Y	ÖNERİ :	
MOCK EMBRYO TRANSFER :		

ET

KATETER		LOT	
TRANSFER	KOLAY	ORTA	ZOR
SERVİKAL MUKUS	VAR	YOK	
TENEKULUM	VAR	YOK	
DIŞ KATETERDE KAN	VAR	YOK	
İÇ KATETERDE KAN	VAR	YOK	
LUTEAL DESTEK PLANI			
KLİNİK			
NOT			

CERRAH :	ANESTEZİST :	EMBRİYOLOG :
----------	--------------	--------------