

**Τα παρακάτω στοιχεία είναι απαραίτητα για την ομαλή διεξαγωγή της εξέτασης και την έκδοση του αποτελέσματος. Παρακαλούμε πολύ για την ορθότητα των στοιχείων καθώς είναι πολύ σημαντικά για την έκδοση αξιόπιστου αποτελέσματος. Σε περίπτωση που δεν γνωρίζετε κάποια από τα παρακάτω στοιχεία, παρακαλούμε πολύ να απευθυνθείτε στον γυναικολόγο σας.**

<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:</b>			
Όνοματεπώνυμο: .....			
Ημ/νια γέννησης: .....		Όνομα πατρός: .....	
Τηλ. Επικοινωνίας: .....			
Ημερομηνία τελευταίας περιόδου (Τ.Ε.Ρ.) :			
Ύψος:		Βάρος (πρόσφατη μέτρηση):	
Καπνίζετε;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι, παρακαλώ σημειώστε τον αριθμό των τσιγάρων .....			
Αν το έχετε διακόψει, παρακαλώ σημειώστε πότε το διακόψατε .....			
Πρώτη Εγκυμοσύνη;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν όχι, συμπληρώστε τα ακόλουθα:</b>			
Αριθμός τοκετών: .....	Ημερομηνία γέννησης νεότερου τέκνου: .....	Εβδομάδα γέννησης νεότερου τέκνου: .....	
Γεννήθηκε κάποιο παιδί πρόωρα;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι σε ποια εβδομάδα κύησης; .....		Τι βάρος γεννήθηκε; .....	
Είχατε κάποια εγκυμοσύνη που να υπήρχε έμβρυο με χρωμοσωμική ανωμαλία /ανατομική		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε την ανωμαλία .....			
Σακχαρώδης διαβήτης στην παρούσα κύηση;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη προ εγκυμοσύνης;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν ναι, παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα κάτωθι:</b>			
Διαβήτης υπό δίαιτα <input type="checkbox"/>			
Διαβήτης ινσουλινοεξαρτώμενος <input type="checkbox"/>			
Διαβήτης Τύπου I <input type="checkbox"/>			
Διαβήτης Τύπου II <input type="checkbox"/>			
Χρόνια υπέρταση;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Ιστορικό προεκλαμψίας στην μητέρα της εγκύου;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Σύλληψη φυσική;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<b>Αν όχι, παρακαλώ επιλέξτε:</b>			
<input type="checkbox"/> IVF τυπική	Ημερομηνία Ωοληψίας .....		
<input type="checkbox"/> IVF παγωμένα ωάρια	Ημερομηνία Κατάψυξης .....		
<input type="checkbox"/> IVF Δωρεά ωαρίων	Ηλικία Δότριας .....		
<input type="checkbox"/> IVF Σπερματέγχυση (IUI)	Ημερομηνία Εμβρυομεταφοράς .....		
<input type="checkbox"/> IVF Ετερόλογος			
<b>Όνοματεπώνυμο &amp; υπογραφή ασθενούς :</b>			
<b>Ημερομηνία:</b>			