



Gynekologické vyšetření :

Onkologická prohlídka prsů:.....datum.....

Kolposkopie :.....datum..... (ne starší než ½ roku)

Onkologická cytologie:.....datum..... (ne starší než ½ roku)

Kultivace z pochvy: datum..... (ne starší než 2 měsíce)

MOP

neiseria gonorrhoe.....

chlamydia.....

mycoplasmata.....

ureoplasmata.....

Hormonální profil (2.-5.den cyklu)datum.....

DHEAS.....

Testosteron.....

Estradiol.....

FSH.....

LH.....

Prolactin.....

T-hormony.....

STD : HIV 1,2.....datum.....

RRR (TPHA).....datum.....

HBsAg.....datum.....

Anti HBc celk.datum.....

Anti HCV.....datum.....

KS a Rh faktor:..... (v případě darovaných spermií)

CMV protilátky:..... (v případě darovaných spermií)

Pozn.:

Doporučení do centra asistované reprodukce má sloužit k maximálnímu využití výsledků již provedených vyšetření a minimalizaci opakování vyšetření. Pacientku přijmeme k léčbě v jakémkoliv stádiu vyšetřování neplodnosti a potřebná vyšetření zajistíme.

Dne :

Jméno a podpis odesílajícího lékaře

Vytvořil: MUDr. Kamila Křižanovská, Ph.D.	Schválil: MUDr. Vladimír Bouše	Číslo dokumentu: F 07-04-092
Dne: 7.12.2013	Dne: 7.12.2013	Revidováno dne: 5.1.2024