

Žádanka na hodnocení SPERMIOGRAMU a přípravu spermií k IUI, IVF, ICSI

| | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Žadatel (podpis a datum) | | | | |
| Datum a hodina odběru | | | | |
| Info o původu ^{x)} | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Identifikace pacienta | | | | |
| Sledovaný znak | Hodnoty | | | |
| Objem [ml] | | | | |
| Celkový počet [x 10 ⁶ /ml] | | | | |
| Motilní [x 10 ⁶ /ml] | | | | |
| Nemotilní [x 10 ⁶ /ml] | | | | |
| Motilita [%] | | | | |
| Patologie [%] | | | | |
| Liquifikace | | | | |
| Vzhled | | | | |
| pH | | | | |
| Nález^{xx)} | | | | |
| Doporučení pro ART | | | | |
| Vyšetření SPG provedl: | | | | |
| Vzorek k aplikaci pro IUI vydal: | | | | |
| Propustil | Jméno a podpis odpovědné osoby | Jméno a podpis odpovědné osoby | Jméno a podpis odpovědné osoby | Jméno a podpis odpovědné osoby |
| Vzorek spermií pro IUI přijal | Čas: Datum: jméno a podpis lékaře: | Čas: Datum: jméno a podpis lékaře: | Čas: Datum: jméno a podpis lékaře: | Čas: Datum: jméno a podpis lékaře: |

Ad ^{x)}: **1** – ejakulovaný, **2** – mražený ejakulovaný, **3** – slovně doplnit další specifikace např. MESA, TESA, či TESE,
4 – dárce spermií (doplnit Rh faktor)

Ad ^{xx)}: **N** – normozoospermie, **O** – oligozoospermie, **A** – asthenozoospermie, **T** – teratozoospermie,
AZO – azoospermie, **PYO** – pyospermie, **KRYPTO** – kryptozoospermie

Prohlášení o původu spermií

Zdravotnické zařízení: **ISCARE I.V.F. a.s.**
IČ: 61858366
se sídlem: Jankovcova 1569/2c, 170 00 Praha 7

Pacient:

Já, pan:

r.č.:

bytem:

č. OP:

mám zájem o použití, zamrazení a uschování svých spermií ve výše uvedeném zdravotnickém zařízení. V souvislosti s tím prohlašuji, že spermie, které jsem za tímto účelem v uvedeném zdravotnickém zařízení odevzdal, jsou mé vlastní a nejedná se o spermie jiné osoby.

V Praze dne hod
(podpis pacienta)

Totožnost pacienta ověřil a spermie převzal zaměstnanec zdravotnického zařízení:

Jméno:
(podpis zdravotní sestry)

V Praze dne hod
(podpis pacienta)

Totožnost pacienta ověřil a spermie převzal zaměstnanec zdravotnického zařízení:

Jméno:
(podpis zdravotní sestry)

V Praze dne hod
(podpis pacienta)

Totožnost pacienta ověřil a spermie převzal zaměstnanec zdravotnického zařízení:

Jméno:
(podpis zdravotní sestry)

V Praze dne hod
(podpis pacienta)

Totožnost pacienta ověřil a spermie převzal zaměstnanec zdravotnického zařízení:

Jméno:
(podpis zdravotní sestry)