

**Doporučení do Centra reprodukční medicíny – ISCARE a.s.**

Jméno a příjmení pacientky: .....

Datum narození /rodné číslo (je-li přiděleno): .....

Identifikační číslo pacienta (je-li přiděleno): .....

štítek pacientky

Sterilita: 1) primární 2) sekundární

Doba nechráněného pohlavního styku: (roky)

**Anamnéza:****RA:****OA:**

Operace:

Alergie:

Dlouhodobě užívané léky:

**GA:**

Menarche:

Cyklus: /

Těhotenství - porody: spontánní potraty:

GEU: UPT:

**NUTNÁ VYŠETŘENÍ (max. rok staré)**

Cytologie:

Palpační vyšetření:

Ultrazvukové vyšetření:

**DOPORUČENÁ VYŠETŘENÍ****Hormonální vyšetření (2. - 3. den menstruačního cyklu):** dne:

FSH TSH

LH freeT4

PRL antiTPO

E2

***Případně prosíme, o přiložení kopií lékařských zpráv. Děkujeme.*****Dne:****Razítko a podpis ošetřujícího lékaře:**