

Jméno: .....

Datum narození: ..... r.č.: .....

Email: ..... Mobil: .....

**Výška:** ..... **Váha:** .....

Termín porodu dle UZ: .....

Počet těhotenství: ..... Počet porodů: .....

Je Vaše současné těhotenství po IVF? ☐ ANO / ☐ NE

Byl u Vašeho současného těhotenství diagnostikován syndrom „mizejícího dvojčete“? ☐

Jste léčena heparinem nebo jinými léky pro ředění krve? ☐

(Heparin, Warfarin, Cklexane, Fragmin aj.) Pokud ano, kdy byla poslední dávka? .....

Máte Vy nebo partner nějaké genetické onemocnění? ☐

Pokud ano, jaké? .....

Bylo některé Vaše předchozí těhotenství postiženo genetickým onemocněním? ☐

Pokud ano, o co šlo? .....

Máte v rodině nějaké genetické onemocnění? ☐

Pokud ano, jaké a u koho? .....

Léčíte se nebo jste byla léčena pro onkologické onemocnění? ☐

Pokud ano, kdy byla léčba ukončena? .....

Byla jste léčena lidským sérovým albuminem? ☐

Podstoupila jste imunoterapii s cizí DNA? ☐

Podstoupila jste léčbu tzv. kmenovými buňkami od dárce? ☐

Podstoupila jste transplantaci? ☐

Dostala jste někdy krevní transfuzi? ☐ Pokud ano, kdy? .....

Přejete si znát pohlaví plodu? ☐

Datum: .....

Podpis: .....