



InviMed

Ankieta medyczna Pacjenta

Materiały poufne

Instrukcja

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Wypełnienie poniższej ankiety jest niezbędne w celu przystąpienia do procedury kwalifikacyjnej do programu leczenia niepłodności w klinice leczenia niepłodności InviMed.

Prosimy o wypełnienie wszystkich pustych miejsc w ankiecie. Jeśli któreś pytanie Pana nie dotyczy, prosimy o wpisanie ND (co w skrócie oznaczać będzie: nie dotyczy).

Prosimy o udzielenie możliwie precyzyjnych odpowiedzi, szczególnie w przypadku opisywania problemów medycznych oraz określania dat.

Wypełnioną ankietę należy przynieść ze sobą na pierwszą wizytę do kliniki InviMed (jeśli wypełnia ją Pan w domu).

Jeśli ma Pan dodatkowe pytania, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: e-mail: invimed@invimed.pl, telefon +48 500 900 888.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety oraz wywiadu medycznego.

Male patient's medical questionnaire

Confidential materials

Instruction

Please fill in the following questionnaire. The filling-in of the following questionnaire is necessary to proceed with the qualification procedure for the programme of infertility treatment at the InviMed infertility treatment clinic.

Please fill in all the empty spaces in the questionnaire. If any question does not apply to you, please enter N/A (which will mean: not applicable).

Please give as accurate answers as possible, in particular when you describe medical problems and specify the dates.

When you fill in this questionnaire, you should bring it with you to the first appointment at the InviMed (if you fill it in at home).

If you have any questions, please contact us by telephone or via e-mail: e-mail: invimed@invimed.pl, telephone + 48 500 900 888.

Thank you for filling-in the questionnaire and medical interview.

Ankieta/ Questionnaire

Dane osobowe/ Personal data

Imię/ First name Nazwisko/ Last name

Drugie imię/ Middle name

Numer PESEL/ Personal identification number [.....]

Data urodzenia/ Date of birth [.....] Miejsce urodzenia/ Place of birth

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości/ Type, series and number of identity document
(dowód osobisty/ paszport/ personal identification card/ passport)

Obywatelstwo/ Citizenship

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Kontakt/ Contact details (do uzupełnienia podczas wizyty w klinice/ to be completed during your appointment at the clinic)

Preferowany sposób kontaktu z Koordynatorem opieki medycznej/ Preferred method of contact with the medical care co-ordinator

telefon/ telephone TAK/ YES NIE/ NO e-mail TAK/ YES NIE/ NO

Telefon rano/ Telephone number morning: wieczorem/ evening:

numer telefonu komórkowego/ mobile telephone number: inny numer/ another number:

Czy możemy zostawić wiadomość?/ Can we leave a message? TAK/ YES NIE/ NO

Zawód/ Occupation

Czy występują szkodliwe warunki pracy?/ Do your working conditions pose a danger to health? TAK/ YES NIE/ NO

Pestycydy/ Pesticides

Leki/ Medications

Gazy/ Gases

Chemikalia/ Chemicals

Narkotyki/ Drugs

Wysokie temperatury/ High temperature

inne/ other:

Grupa krwi/ Blood type

Grupa krwi (ABO)/ Blood type (ABO) A B AB 0 Nie znam/ I don't know

Rh Rh(-) Rh(+) Nie znam/ I don't know

Rasa/ Race

afrykańska/ African

azjatycka/ Asian

biała/ Caucasian (White)

latynoska/ Latin

bliskowschodnia/ Middle Eastern

Pochodzenie etniczne/ Ethnic origin (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

polskie/ Polish

inne niż polskie/ other than Polish

nieustalone/ undetermined

bez przynależności narodowo-etnicznej/ without national-ethnic origin

gdy inne niż polskie, proszę wybrać/ when other than Polish, please select from:

śląskie/ Silesian

kaszubskie/ Cassubian

niemieckie/ German

ukraińskie/ Ukrainian

białoruskie/ Byelorussian

romskie/ Romani

rosyjskie/ Russian

amerykańskie/ American

angielskie/ English

łemkowskie/ Lemko

włoskie/ Italian

francuskie/ French

litewskie/ Lithuanian

żydowskie/ Jewish

hiszpańskie/ Spanish

wietnamskie/ Vietnamese

holenderskie/ Dutch

greckie/ Greek

ormiańskie/ Armenian

czeskie/ Czech

słowackie/ Slovak

kociwskie/ Kociewie

inne/ other

Kolor oczu/ Eye colour

niebieskie/ blue

niebieskie/zielone/ blue/green

niebieskie/szare/ blue/grey

brązowe/ brown

szare/ grey

brązowe/zielone/ brown/green

piwne/ hazel

zielone/ green

zielone/szare/ green/grey

Kolor włosów/ Hair colour

czarne/ black

blond/ blonde

brązowe/ brown

ciemny blond/ dark blonde

rude/ red

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Struktura włosów/ Hair structure

proste/ straight kręcone/ curly falowane/ wavy

Budowa ciała/ Body build

- Ektomorfik – smukła sylwetka, drobna budowa ciała oraz mały obwód kości/ Ectomorph - slender figure, slight body build and small articular circumference
- Endomorfik – masywna budowa ciała, grube kości/ Endomorph - massive body build, thick bones
- Mezomorfik – szerokie barki, wąska talia, niski poziom tkanki tłuszczowej, zarysowane mięśnie/ Mesomorph - wide shoulders, thin waist, low fat tissue level, well-defined muscles

Waga/ Weightkg Wzrost/ Height cm

Użytki/ Stimulants

Palenie tytoniu/ Smoking

TAK/ YES

NIE/ NO

Ile lat?/ How many years?

Liczba papierosów dziennie/

Number of cigarettes per day

Inne użytki/ Other stimulants

Alkohol/ Alcohol

Narkotyki/ Drugs

Dopalacze/ Legal intoxicants

Diety/ Diets

Bez wykluczeń/ No exclusions

Z wykluczeniem/ With exclusions

Inne/ Other

Sport

Regularnie/ Regularly

Rekreacyjnie/ Recreationally

Okazjonalnie/ Occasionally

Wywiad rodzinny i środowiskowy/ Family and community interview

Rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, krewni/
Parents, siblings, grandparents, relatives

Nowotwory/ Cancer

Cukrzyca, typ/ Diabetes, type

Wady wrodzone/ Inborn defects

Choroby genetyczne/ Genetic diseases

Choroby tarczycy/ Thyroid diseases

Wywiad medyczny/ Medical interview

Powody zgłoszenia do kliniki InviMed/ Reasons for coming to the InviMed clinic

(proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

Problemy andrologiczne (męskie)/ Andrology problems (male)

TAK/ YES NIE/ NO

Rozpoznanie niepłodności przez lekarza/ Diagnosis of infertility by the doctor

TAK/ YES NIE/ NO

Diagnostyka płodności/ Fertility diagnostics

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – regulacja hormonalna/ Infertility treatment - hormonal regulation

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – inseminacja/ Infertility treatment - insemination

TAK/ YES NIE/ NO

Leczenie niepłodności – metoda in vitro/ Infertility treatment - in vitro method

TAK/ YES NIE/ NO

Otrzymałem skierowanie od lekarza/ I have received a referral from a doctor

TAK/ YES NIE/ NO

Diagnostyka preimplantacyjna/ Pre-implantation diagnostics

TAK/ YES NIE/ NO

Chcę zostawić depozyt w banku nasienia/ I want to leave a deposit at the sperm bank

TAK/ YES NIE/ NO

Chcę być dawcą zarodków/ I want to be an embryo donor

TAK/ YES NIE/ NO

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Chcę skorzystać z banku komórek rozrodczych/ I want to use the Gamete Bank TAK/ YES NIE/ NO

Mam problemy genetyczne i chcę mieć zdrowe dziecko/ I have genetic problems and I want to have a healthy child TAK/ YES NIE/ NO

Inne (jakie?)/ Other (specify)

Z jakiej diagnostyki i leczenia chciałby Pan skorzystać w klinice InviMed?/ What diagnostics and treatment services would you like to use at the InviMed clinic? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe/ please mark all applicable options)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostyka płodności/ Fertility diagnostics | <input type="checkbox"/> Program zapłodnienia pozaustrojowego/ In vitro fertilization programme |
| <input type="checkbox"/> Biorstwo zarodków/ Embryo transfer | <input type="checkbox"/> Konsultacja medyczna/ Medical consultation |
| <input type="checkbox"/> Biorstwo komórek jajowych/ Oocyte transfer | <input type="checkbox"/> Diagnostyka preimplantacyjna/ Pre-implantation diagnostics |
| <input type="checkbox"/> Inseminacja/ Insemination | <input type="checkbox"/> Biorstwo nasienia/ Sperm transfer |
| <input type="checkbox"/> Inne (jakie?)/ Other (specify) | |

Badania w kierunku raka jądra/ Examination to determine testicular cancer

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nie wykonano/ Not performed | <input type="checkbox"/> Ostatnie badanie (data)/ Last examination (date) |
| <input type="checkbox"/> Prawidłowy/ Normal | <input type="checkbox"/> Zmiany/ Changes |

Badania w kierunku raka gruczołu krokowego/ Examination to determine prostate cancer

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nie wykonano/ Not performed | <input type="checkbox"/> Ostatnie badanie (data)/ Last examination (date) |
| <input type="checkbox"/> Prawidłowy/ Normal | <input type="checkbox"/> Zmiany/ Changes |

Informacje dotyczące stosowanej obecnie lub w przeszłości antykoncepcji/ Information about contraceptives used at present or in the past

Rodzaj/ Type	Tak/ Yes	Nie/ No	Kiedy/ When
Podwiązanie nasieniowodów/ Vasectomy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prezerwatywa/ Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stosunek przerywany/ Rejected sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Środki plemnikobójcze/ Spermicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abstynencja/ Abstinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kalendarzyk małżeński/ Fertility calendar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne metody (jakie?)/ Other methods (specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne metody (jakie?)/ Other methods (specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Od kiedy stara się Pan o dziecko?/ For how long have you been trying to have a child? Miesiące/ Months Lata/ Years

Czy posiada Pan dzieci biologiczne?/ Do you have biological children? TAK/ YES NIE/ NO

Ile dzieci biologicznych Pan posiada?/ How many biological children do you have?

Czy posiada Pan dzieci biologiczne z obecną partnerką?/ Do you have biological children with your present partner? TAK/ YES NIE/ NO

Jeżeli tak, to ile?/ If yes, how many? Rok urodzenia Pana dzieci/ Year of birth of your children:

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Informacje dotyczące przebytych chorób/ Information about past diseases

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak (od kiedy)/ Yes (since when)	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby autoimmunologiczne/ Autoimmunology diseases			
Choroby serca (zawał, zaburzenia rytmu, kardiomiopatie)/ Heart diseases (heart attack, arrhythmia, cardiomyopathies)			
Choroby krwi (skłonności do krwawień, siniaków, zakrzepów, zatorów)/ Blood diseases (tendency to bleed, have bruises, thrombosis, embolism)			
Małopłytkowość/ Thrombocytopenia			
Choroby płuc (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, pylica, zapalenie płuc)/ Lung diseases (asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, pneumoconiosis, pneumonia)			
Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, zapalenie nieswoiste, choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego)/ Digestive system diseases (ulceration, inflammatory disease, inflammatory bowel diseases, irritable bowel syndrome)			
Choroby wątroby (stłuszczenie, marskość, naczyniaki)/ Liver diseases (hepatic steatosis, cirrhosis, angioma)			
Wirusowe zapalenie wątroby/ Hepatitis	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C	<input type="checkbox"/> Typ A/ Type A <input type="checkbox"/> Typ B/ Type B <input type="checkbox"/> Typ C/ Type C
Inne/ Other
Ostre/ Przewlekła/ Antygenemia Hbs/ Acute/ Chronic/ Antigenemia Hbs	<input type="checkbox"/> TAK/ YES	<input type="checkbox"/> NIE/ NO	
Choroby urologiczne (zapalenie nerek, kamica, trudności w oddawaniu moczu)/ Urological diseases (kidney inflammation, nephrolithiasis, difficulties with urination)			
Cukrzyca, typ/ Diabetes, type / dna moczanowa/ porfiria/ gout/ porphyria			
Choroby tarczycy (wole obojętne, nadczynność, choroba Hashimoto)/ Thyroid diseases (non-toxic goitre, toxic goitre, Hashimoto disease)			
Choroby gruczołów piersiowych/ Breast diseases			
Schorzenia psychiczne (depresja/ choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia, zaburzenia lękowe, próby samobójcze, samookaleczenie, zaburzenia nerwicowe)/ Mental diseases (depression/ bipolar affective disorder, schizophrenia, anxiety disorder, suicidal attempts, self-mutilation, nervous disorders)			
Choroby układu kostnego (choroby kręgosłupa, zmiany w stawach, osłabienie mięśni)/ Bone system diseases (spine diseases, changes in the joints, muscle weakening)			
Choroby genetyczne/ choroby genetyczne w rodzinie/ Genetic diseases/ genetic diseases in the family			
Choroby reumatyczne (RZS, toczeń rumieniowaty układowy, ZZSK, zespół Sjögrena)/ Rheumatic diseases (RA, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, Sjogren syndrome)			
Nowotwory złośliwe/ Malignant cancer	<input type="checkbox"/> Narządów płciowych/ Of genitals <input type="checkbox"/> Przebyte/ Past <input type="checkbox"/> Leczone/ Treated <input type="checkbox"/> Inne/ Other		
Inne choroby o nieznannej etiologii/ Other diseases of unknown aetiology			
Transfuzje/ Transfusions			

MOP 2-1/1 | data aktualizacji 30.06.2016 r./ last updated 30 June 2016

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Jednostka chorobowa/ Disease unit	Tak/ Yes	Nie/ No	Nie wiem/ I don't know
Choroby wieku dziecięcego/ Children's diseases	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other	<input type="checkbox"/> Różyczka/ Rubella <input type="checkbox"/> Świnka/ Mumps <input type="checkbox"/> Ospa/ Chickenpox <input type="checkbox"/> Odra/ Measles <input type="checkbox"/> Inne/ Other

Proszę wymienić leki, które **obecnie** Pan przyjmuje (na receptę, bez recepty, witaminy, suplementy diety, zioła, aspiryna, leki p/bólowe, leki na zaparcie, środki na odchudzanie itp.)/ Please specify medications which you **currently** take (prescription medications, non-prescription medications, vitamins, dietary supplements, herbs, aspirin, painkillers, anti-constipation medications, slimming pills, etc.)

Nazwa leku/ preparatu/ Name of medication/ preparation	Wskazania/ Indications	Dawkowanie/ Dosage	Kiedy rozpoczął Pan przyjmowanie leku?/ When did you start taking the medication?

Jakie leki/ preparaty przyjmował Pan **w ciągu ostatnich 12 miesięcy**?/ What medications/ preparations have you taken **during the past 12 months**?

Leki/ preparat/ Medications/ preparations	Wskazania/ Indications	Dawkowanie/ Dosage	Daty/ Dates
			do/ until
			do/ until
			do/ until
			do/ until

Informacje dotyczące alergii/ uczuleń/ Information concerning allergies/ sensitizations

Czy jest Pan uczulony (na leki, pokarm, środki chemiczne, inne)?/ Are you allergic (to drugs, food, chemical agents, other)?

TAK/ YES NIE/ NO

Proszę wymienić substancje, na które jest Pan uczulony i podać od kiedy (rok)/ Please list the substances you are allergic to and state since when (year)

Nazwa substancji, leku, pokarmu, na który jest Pan uczulony/ Name of substance, medication, food to which you are allergic	Od kiedy (rok)/ Since when (year)

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Informacje dotyczące przebytych zabiegów/ Information concerning past procedures

Operacje/ Surgeries

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Rodzaj/ Type Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Pobyt w szpitalu/ Hospitalization

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Rok/ Year Przyczyna/ Reason Dokumentacja/ Documentation TAK/ YES NIE/ NO

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy/ During the past 6 months

Czy był Pan poddawany zabiegom medycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek (pobieranie krwi, iniekcje, kroplówki/ transfuzje, punkcje/ biopsje, szczepienia, zabiegi operacyjne) oraz czy wykonywane były badania endoskopowe (gastroskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, inne)?

Did you undergo medical procedures during which tissue intactness was disturbed (blood taking, injections, drips/ transfusions, punctures/ biopsies, vaccinations, surgical operations) and was any endoscopic examination performed (gastroscopy, rectoscopy, sigmoidoscopy, colonoscopy, other)

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Czy korzystał Pan z usług specjalistów: stomatologa (ekstrakcja zębów, usuwanie kamienia nazębnego, inne), okulisty (usuwanie ciała obcego, inne), laryngologa (punkcja zatok, inne), innych?/

Did you use services of specialists: dentist (tooth extraction, scaling, other), ophthalmologist (foreign body removal, other), laryngologist (sinus puncture, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Czy był Pan poddawany zabiegom niemedycznym, w czasie których dochodziło do naruszenia ciągłości tkanek: kosmetyczka (manicure, pedicure, przekłuwanie uszu, tatuaże, zabiegi dermokosmetyczne), fryzjer (golenie/ skaleczenie brzytwą, żyłką, inne), innym?/

Did you undergo non-medical procedure during which tissue intactness was disturbed: beautician (manicure, pedicure, ear piercing, tattoos, dermal-cosmetic procedures), hairdresser (shaving/ razor cut, other), other?

TAK/ YES NIE/ NO Jakież?/ Other

..... Data/ Date

Imię i nazwisko pacjenta/ Patient's first name and last name

Wszystkie powyżej podane przeze mnie dane są prawdziwe zgodnie z moją najlepszą wiedzą, a ich prawdziwość potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem./ All of the above data provided by me is true according to my best knowledge, and their correctness is confirmed by my signature placed below.

Podpisano w (miasto)/ Signed in (city)

w siedzibie kliniki w dniu/ at the registered office of the clinic on

Czytelny podpis pacjenta/ Legible signature of the patient

Data i podpis pracownika kliniki InviMed przyjmującego ankietę oraz wywiad medyczny/ Date and signature of the employee of the InviMed clinic accepting the questionnaire and medical interview

Data, czytelny podpis/ Date, legible signature