****

**التاريخ المرضي لحالات تأخر الانجاب**

**التاريخ المرضي للزوجة**

**السيرة العامة للزوجة والزوج**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الزوجة**  **الجنسية**  **العمر**  **الوزن**  **التدخين**  **الوظيفة**  **الجوال**  **عدد الاسقاطات**  **عدد الاطفال**  **عمر اخر طفل** | **اسم الزوج**  **الجنسية**  **العمر**  **الوزن**  **الوظيفة**  **الجوال**  **التدخين**  **مشروبات غازية**  **امراض ذكورة أو مسالك بولية**  **وجود زوجة أخرى**  **عمر اخر طفل** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. العمر**  **2. السمنة**  **3. التدخين**  **4. المشروبات الغازية**  **5. الامراض المصاحبة**  **سكر ، ضغط ، صرع** | **6.تكرار الاسقاطات**  **7.بطانة مهاجرة**  **8.. ضعف المبايض**  **9. انسداد انابيب**  **10.سوء تحليل الحيوانات المنوية** |



**شكل الحيوان المنوي**

**إعداد / رئيسة الوحدة**

**الاستشارية د. هند احمدوه**

**الزمالة الكندية**

***hahmadouh@moh.gov.sa***

**هاتف:01205540030**

**تحويلة 5103**

* هل يوجد ضعف في المبايض
* هل يوجد فشل المبيض المبكر
* هل يوجد قصور في الغدد الصماء
* هل يوجد زيادة افراز هرمون الحليب
* هل يوجد السمنة المفرطة والنحافة
* هل يوجد البطانة المهاجرة
* هل يوجد أورام ليفية
* هل يوجد مشاكل في عنق الرحم
* هل توجد اضطرابات نفسية وعلاجات
* هل يوجد اورام المبيض او الرحم
* هل تعانين من كسل الغدة الدرقية

( رغبة في النوم ،تعب، إعياء، حمول ، سقوط الشعر، اكتئاب ، امساك ، زيادة الوزن ،الشعور بالبرد )

**عوامل المخاطر Rick Factor**

**متى أول يوم وآخر يوم الدورة:**

**كم يوم يستمر نزول الدم:**

**هل يوجد الآم مبرحة مع الحيض :**

**هل يوجد لبن أو سائل شفاف من الثدي:**

**تاريخ بداية الحيض أول مرة :**

**كمية الدم المفقود: فنجان ( قهوة، شاي ، ماء )**

**هل حصل التهابات مهبلية مع سخونة سابقاً :**

**هل يوجد أي شعر وحتى لو قليل في الذقن أو حول الحلمة:**

**هل الدورة منتظمة تحدث كل شهر بغض النظر عن نقس الموعد:**

**هل يوجد نزول دم بعد العلاقة الزوجية :**

1. تنشيط : حبوب ( )الجرعة.....، ابر ( ) الجرعة...... النتيجة
2. تلقيح صناعي :البرنامج المستخدم عدد البويضات ( ) ، عدد الاجنة ( )كم مرة تمت العملية وما نتيجتها في كل مرة
3. أطفال أنابيب : نوع البرنامج المستخدم قصير ( ) ، طويل ( ) الجرعة ........عدد البويضات ( )،عدد الاجنة ( ) عدد الاجنة المجمدة ( ).

كم مرة تمت العملية وما نتيجتها في كل مرة

هل حصل مضاعفات تحسس المبيض ؟

هل سبقت وقمت بالقيام بالتحاليل المحددة للقدرة الانجابية هرمونات اليوم الثالث من الدورة( )، الصبغة الرحمية ( ) ، تحليل مني الزوج ( ) ؟

**تاريخ الدورة الشهرية**

**(أ عراض تكيسات المبايض )**

هل تعانين من أي مرض أذ كريها

........ سكر، ....... ضغط ، ..... أخرى .................

هل تعانين من كسل في الغدة الدرقية سابقاً

هل أجرى لك أي عملية جراحية في الحوض

هل يوجدصعوبة في تنزيل الوزن مع الرجيم والرياضة ( )

هل أجرى لك أي عملية جراحية وخاصة في منطقة الحوض

تاريخ مرضي في العائلة مثل

هل يوجد تأخر الانجاب ( ) ، تشوه أجنة ( ) ، أخرى

هل تستخدمين أي أدوية لأي مرض :-

**السيرة العلاجية السابقة**

**التاريخ المرضي الماضي**