**التاريخ المرضي**

التاريخ المرضي لحالات تأخر الإنجاب

اسم المريضة: .................................................. رقم الهوية الوطنية: ...........................................

اسم الزوج : ....................................................................................................................... هاتف المنزل : ............................................. هاتف العمل : .....................................................

رقم الفاكس : ............................................... رقم الجوال : .....................................................

العنوان : ..............................................................................................................................................................................................................................................................................

عنوان البريد الإلكتروني : ......................................................................................................................................

البلد : .....................................................................................................

 المدينة : ..............................................................................

**السيرة العامة** :-

- كم سنة مضى على الزواج ؟ .......................................................................................................................................

- منذ متى وأنتما تخططان للحمل ؟ .......................................................................................................................................

- منذ متى وأنتما تحاولان الحمل بمساعدة الأطباء ؟ .................................................................................................................................

- هل المساعدة كانت عن طريق أخصائي نسائية وتوليد ، أم عن طريق أخصائي للعقم ؟ ..............................................................................................................................

- كم مرة تتم العلاقة الزوجية خلال الشهر ؟ .......................................................................................................................................

- هل أحد الزوجين مدخن ؟ .....................................................

 كم سيجارة في اليوم ؟ .....................................................

- هل يتعاطى أحدكما المشروبات الروحية ؟ ....................................................

**السيرة المرضية للزوجة** :-

العمر : ..............................................................................................

تاريخ الميلاد : .............................................................................

الطول : ...........................................................................................

الـــــــــــــوزن : .............................................................................

فصيلة الدم : ..................................................................................

حساسية للأدوية : ......................................................................

تحدث الدورة الشهرية كل ......................................................... يوم .

هل هي منتظمة ؟ .......................................................................

كمية الدم المفقود : ......................................................................................................................................

كم يوم يستمر نزول دم الدورة الشهرية ؟ .......................................................................................................................................

• 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، خمول ، سقوط الشعر، اكتئاب ، امساك ، زيادة الوزن ،الشعور بالبرد )

**(أعراض تكيسات المبايض )**

متى أول يوم وآخر يوم الدورة:

كم يوم يستمرنزول 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 :

هل تعانين من أي أمراض طبية أخرى ؟ ..................................................................................................................................................

- إذا كانت الإجابة بنعم ، الرجاء إعطائنا التفاصيل : .......................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................

هل تتعاطين أي أدوية باستمرار ؟ ........................................................................................................................................هل عانيت في السابق من التهابات في الحوض ؟ ......................................................................................................................................

هل أجري لك أي عملية جراحية في الحوض ؟ .......................................................................................................................................

متى كان ذلك ؟ وماذا كانت نتائج العملية ؟ .......................................................................................................................................

هل تزوجت قبل الزواج الحالي ؟ إذا كانت الإجابة نعم ، كم مرة تم الحمل سابقا؟

.....................................................................................................................................

كم مرة تم الحمل مع زوجك الحالي ؟ ....................................................................................................................................... كم مرة تم الإجهاض ؟ .......................................................................................................................................

كم مرة تم الحمل خارج الرحم ( في المواسير ) ؟ .......................................................................................................................................

كم عدد الولادات الطبيعية ؟ .......................................................................................................................................

**السيرة العلاجية** :-

السيرة العلاجية السابقة

هل سبق وأن أجري لك أي مما يلي ؟ .......................................................................................................................................

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 ( ) ؟