

-----  
miejsowość i data**Skierowanie do Przychodni Lekarskiej nOvum**

- Ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji i Banku komórek rozrodczych i zarodków - w celu zabezpieczenia płodności przed rozpoczęciem leczenia ograniczającego płodność lub powodującego bezpłodność

Imię i nazwisko pacjentki / pacjenta -----

Data i miejsce urodzenia ----- PESEL -----

Adres zamieszkania ----- tel. kontaktowy -----

Rozpoznanie ----- kod ICD-10 -----

Planowane leczenie:  radioterapia  chemioterapia  operacja  
 inne -----

Planowany termin rozpoczęcia leczenia -----

- Czy obecnie pacjent/ka przyjmuje leki na stałe?  TAK  NIE
  - Jeśli „TAK”, to jakie? -----

**Informacje wymagane do wyboru metody zabezpieczenia płodności****Mężczyzna**

- Czy na obecnym etapie diagnostyki / leczenia u pacjenta można spodziewać się braku plemników w nasieniu?  TAK  NIE
  - Jeśli „TAK”, to czy pacjent ma przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego i do ewentualnego zabiegu biopsji jąder?  TAK  NIE
- Czy pacjent miał badanie z zastosowaniem radioizotopu promieniotwórczego?  TAK  NIE
  - Jeśli „TAK”, to jakie badanie? -----  
nazwa izotopu -----  
data badania -----

**Kobieta**

- Dzień cyklu menstruacyjnego w dniu wystawienia skierowania: -----
- Czy u pacjentki można przeprowadzić stymulację hormonalną jajników?  TAK  NIE
- Jakie leki hormonalne pacjentka może przyjmować?

Antyestrogeny Clomifen:  TAK  NIE Tamoxifen:  TAK  NIE  
Letrozol:  TAK  NIE Inne: -----Gonadotropiny:  TAK  NIE Estrogeny:  TAK  NIE Progesteron:  TAK  NIE

- Czy pacjentka może być znieczulana ogólnie?  TAK  NIE
- Czy pacjentka ma przeciwwskazania do poniższych zabiegów?
  - przezpochwowej punkcji jajników  TAK  NIE
  - laparoskopowego pobrania fragmentu tkanki jajnikowej  TAK  NIE
- Czy pacjentka miała badanie z zastosowaniem radioizotopu promieniotwórczego?  TAK  NIE
  - Jeśli „TAK”, to jakie badanie? \_\_\_\_\_  
nazwa izotopu \_\_\_\_\_  
data badania \_\_\_\_\_

## Krótką epikryza

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Imię i nazwisko lekarza kierującego: \_\_\_\_\_

tel. kontaktowy \_\_\_\_\_

-----  
*pieczęć i podpis lekarza kierującego*

## Informacja dla Pacjentów

Prosimy o **jak najszybszy kontakt** telefoniczny z Koordynatorem Oncofertility Przychodni Lekarskiej nOvum.  
Bezpośredni kontakt z Koordynatorem: tel. **721 424 233**, od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00 - 17:00.

Przed zabiegiem umożliwiającym zachowanie płodności, konieczna jest rejestracja w nOvum i konsultacja lekarska w celu oceny aktualnej płodności i możliwości pobrania komórek rozrodczych.  
Wszystkie konsultacje odbywają się po ustaleniu terminu z Koordynatorem Oncofertility.

Do przeprowadzenia konsultacji lekarskiej, a następnie procedury mrożenia komórek rozrodczych, **konieczne jest okazanie** przez Panią/Pana **dokumentu stwierdzającego tożsamość** (tradycyjny plastikowy dowód osobisty, elektroniczny dowód osobisty czyli mDowód, paszport).  
Prosimy o zabranie dokumentu tożsamości na wizytę.