

На основу члана 61. став 2. Закона о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења („Службени гласник РС”, број 72/09),

Министар здравља доноси

ПРАВИЛНИК
о садржају и начину вођења евиденције, као и врсти
и роковима чувања података у поступцима
биомедицински потпомогнутог оплођења *

Члан 1.

Овим правилником прописује се садржај и начин вођења евиденције, као и врста и рокови чувања података у поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења (у даљем тексту: БМПО).

Члан 2.

Овлашћена здравствена установа води медицинску документацију и евиденције која садржи податке: о личности супружника, односно ванбрачних партнера, о врсти поступка БМПО који се изводи, о броју узетих, односно оплођених јајних ћелија, о броју трансферисаних ембриона, о броју биохемијских трудноћа, о броју замрзнутих ембриона, из јединственог регистра донираних полних ћелија које су у употреби у поступку БМПО, о обавештењу, саветовању, о писменом пристанку донора за одређени поступак БМПО, о почетку и трајању поступка, као и о другим околностима у вези са трудноћом, порођајем, здрављем и развојем детета, о лицима која су донирала своје репродуктивне ћелије, лицима која су у поступку БМПО примила дониране репродуктивне ћелије, о успешности поступка, односно о исходу лечења поступцима БМПО, о здравственом стању донора и његовим сродницима, о дану, месецу и години када су полне ћелије узете, о резултатима прегледа донора и испитивању полних ћелија, као и друге податке у складу са законом.

Овлашћене здравствене установе, односно банке ћелија и ткива сачињавају базу података на основу података из става 1. овог члана.

Члан 3.

Овлашћене здравствене установе, односно банке ћелија и ткива податке из члана 2. овог правилника достављају Управи за биомедицину у року од 15 дана од дана евидентирања релевантних података, у складу са законом.

Податке из члана 2. овог правилника овлашћена здравствена установа, односно банка ћелија и ткива достављају на следећим обрасцима:

- 1) Подаци о личности супружника, односно ванбрачних партнера који учествују у поступку БМПО са сопственим репродуктивним ћелијама - Образац ЛПСВПСС;
- 2) Подаци о личности супружника, односно ванбрачних партнера који учествују у поступку БМПО са донираним репродуктивним ћелијама - Образац ЛПСВП;
- 3) Подаци о личности донора репродуктивних ћелија - Образац ПЛД;
- 4) Пријава почетка циклуса БМПО – VTO - Образац 1;
- 5) Пријава завршетка циклуса БМПО – VTO (завршно са ембриотрансфером) - Образац 1а;
- 6) Пријава исхода циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO - Образац 1б;
- 7) Пријава завршетка циклуса интраутерине инсеминације (IUI) - Образац 2;
- 8) Пријава исхода циклуса интраутерине инсеминације (IUI) - Образац 2а;
- 9) Пријава почетка циклуса БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама - Образац 3;
- 10) Пријава завршетка циклуса БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама (завршно са ембриотрансфером) - Образац 3а;

* Објављен у "Службеном гласнику РС" број 82/13, од 17.09.2013, ступио на снагу 25.09. 2013 године

- 11) Пријава исхода циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама - Образац 3б;
- 12) Пријава завршетка циклуса интраутерине инсеминације (IUI) са донираним семеним ћелијама - Образац 4;
- 13) Пријава исхода циклуса интраутерине инсеминације (IUI) са донираним семеним ћелијама (IUI) - Образац 4а;
- 14) Пријава почетка циклуса БМПО – FET са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима - Образац 5;
- 15) Пријава завршетка циклуса БМПО – FET са замрзнутим/ одмрзнутим ембрионима - Образац 5а;
- 16) Пријава исхода циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – FET са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима - Образац 5б;
- 17) Пријава почетка циклуса БМПО – VTO са замрзнутим/ одмрзнутим јајним ћелијама - Образац 6;
- 18) Пријава завршетка циклуса БМПО – VTO са замрзнутим/ одмрзнутим јајним ћелијама - Образац 6а;
- 19) Пријава исхода циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама - Образац 6б.

Обрасци из става 2. овог члана, одштампани су уз овај правилник и чине његов саставни део.

Члан 4.

Евиденција у којој се воде подаци о личности супружника, односно ванбрачних партнера који учествују у поступку БМПО са сопственим репродуктивним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) датуму попуњавања обрасца;
- 3) о супружницима, односно ванбрачним партнерима (жена), и то:
 - (1) име и презиме, име оца, девојачко презиме,
 - (2) датум рођења,
 - (3) јединствени матични број грађана,
 - (4) држава рођења, место рођења,
 - (5) место пребивалишта и адреса (улица и број, место и општина),
 - (6) држављанство,
 - (7) број личне карте и место издавања,
 - (8) број пасоша,
 - (9) брачно стање (у браку; у ванбрачној заједници);
- 4) личној анамнези, и то:
 - (1) број свих ранијих трудноћа природним путем; укупан број живорођене деце из трудноћа природним путем,
 - (2) број свих ранијих трудноћа из БМПО поступка (IVF/ IUI); укупан број живорођене деце из трудноћа из БМПО поступка (IVF/IUI),
 - (3) број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака; укупан број живорођене деце из хетерологних поступака;
- 5) неплодности, и то:
 - (1) трајање (у годинама),
 - (2) узроци/разлози лечења (поремећаји функције јајовода, ендометриоза, поремећаји функције материце, поремећаји функције јајника, менопа уза, избегавање генетских болести, неразјашњено, поремећаји код мушког партнера, друго (навести),
 - (3) ако је супружник/ванбрачни партнер лечен у иностранству, навести установу и државу;
- 6) крвној групи (А, Б, АБ, 0) и Rh фактору (Rh+, Rh-);
- 7) супружнику/ванбрачном партнеру (мушкарцу), и то:

- (1) име и презиме, име оца,
 - (2) датум рођења,
 - (3) јединствени матични број грађана,
 - (4) држава рођења, место рођења,
 - (5) место пребивалишта и адреса (улица и број, место и општина),
 - (6) држављанство,
 - (7) број личне карте и место издавања,
 - (8) број пасоша,
 - (9) брачно стање (у браку; у ванбрачној заједници);
- 8) о узроцима неплодности (поремећаји сперматогенезе, азооспермија, избегавање генетских болести, неразјашњено, поремећаји код женског партнера, друго (навести);
- 9) лечењу супружника/ванбрачног партнера у иностранству, навести установу и државу.

Члан 5.

Евиденција у којој се воде подаци о личности супружника, односно ванбрачних партнера који учествују у поступку БМПО са донираним репродуктивним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) датуму попуњавања обрасца;
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) о примаоцу донираних репродуктивних ћелија, и то:
 - (1) јединствени идентификациони број примаоца,
 - (2) име и презиме, име оца, девојачко презиме,
 - (3) датум рођења,
 - (4) јединствени матични број грађана,
 - (5) држава рођења, место рођења,
 - (6) место пребивалишта и адреса (улица и број, место и општина),
 - (7) држављанство,
 - (8) број личне карте и место издавања,
 - (9) број пасоша,
 - (10) брачно стање (у браку; у ванбрачној заједници; живи сама),
 - (11) висина (у метрима); тежина (у килограмима),
 - (12) боја очију (плава, зелена, смеђа, црна, друге боје),
 - (13) боја косе – природна (светло плава; тамно плава, светла смеђа; тамно смеђа; црна; црвена),
 - (14) структура косе (равна, коврцава, валовита),
 - (15) боја коже (врло светла, средње светла, тамна, црна),
 - (16) крвна група (А, Б, АБ, 0) и Rh фактор (Rh +, Rh -),
 - (17) раса (бела, црна, жута);
- 5) личној анамнези, и то:
 - (1) број свих ранијих трудноћа природним путем; укупан број живорођене деце из трудноћа природним путем,
 - (2) број свих ранијих трудноћа из БМПО поступка (IVF/ IUI); укупан број живорођене деце из трудноћа из БМПО поступка (IVF/IUI),
 - (3) број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака; укупан број живорођене деце из хетерологних поступака;
- 6) неплодности, и то:
 - (1) трајање (у годинама),
 - (2) узроци/разлози лечења (поремећаји функције јајовода, ендометриоза, поремећаји функције материце, поремећаји функције јајника, менопа уза, избегавање генетских болести, неразјашњено, поремећаји код мушког партнера, друго (навести),

- (3) ако је супружник/ванбрачни партнер лечен у иностранству, навести установу и државу;
- 7) супружнику/ванбрачном партнеру примаоца донираних репродуктивних ћелија – мушкарца, и то:
- (1) име и презиме, име оца,
 - (2) датум рођења,
 - (3) јединствени матични број грађана,
 - (4) држава рођења, место рођења,
 - (5) место пребивалишта и адреса (улица и број, место и општина),
 - (6) држављанство,
 - (7) број личне карте и место издавања,
 - (8) број пасоша,
 - (9) брачно стање (у браку; у ванбрачној заједници);
- 8) узроцима неплодности (поремећаји сперматогенезе, азооспермија, избегавање генетских болести, неразјашњено, поремећаји код женског партнера, друго (навести);
- 9) лечењу супружника/ванбрачног партнера у иностранству, навести установу и државу.

Члан 6.

Евиденција у којој се воде подаци о личности донора репродуктивних ћелија садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) датуму попуњавања обрасца;
- 3) о донору, и то:
 - (1) јединствени идентификациони број донора,
 - (2) име и презиме, име оца, девојачко презиме,
 - (3) датум рођења,
 - (4) јединствени матични број грађана,
 - (5) држава рођења, место рођења,
 - (6) место пребивалишта и адреса (улица и број, место и општина),
 - (7) држављанство,
 - (8) број личне карте и место издавања,
 - (9) број пасоша,
 - (10) брачно стање (у браку; у ванбрачној заједници; разведен/а; удовац/ица, самац/ица),
 - (11) деца (да/не; ако да, колико – женске/мушке деце),
 - (12) висина (у метрима); тежина (у килограмима),
 - (13) боја очију (плава, зелена, смеђа, црна, друге боје),
 - (14) боја косе – природна (светло плава; тамно плава, светла смеђа; тамно смеђа; црна; црвена),
 - (15) структура косе (равна, коврцава, валовита),
 - (16) боја коже (врло светла, средње светла, тамна, црна),
 - (17) крвна група (А, Б, АБ, 0) и Rh фактор (Rh +, Rh-),
 - (18) раса (бела, црна, жута);
 - (19) да ли је донор усвојен/а (да/не),
 - (20) да ли је за чет донираним репродуктивним ћелијама;
 - (21) анамнестички подаци о телесним повредама, онеспособљености, душевним болестима или потешкоћама у учењу код донора или у његовој биолошкој породици;
- 4) датуму прикупљања репродуктивних ћелија;
- 5) верским уверењима, занимању, личним интересовањима, вештинама, разлозима за донирање које донор лично описује.

Члан 7.

Евиденција о почетку циклуса БМПО – VTO садржи по датке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); циклус са замрзавањем јајних ћелија; циклус са замрзавањем ембриона; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. ин витро матурација; 4. друго (навести);
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) датуму почетка циклуса (први дан стимулације) – дан, месец, година;
- 7) датуму попуњавања обрасца.

Члан 8.

Евиденција о завршетку циклуса БМПО – VTO (завршно са ембриотрансфером) садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); циклус са замрзавањем јајних ћелија; циклус са замрзавањем ембриона; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. ин витро матурација; 4. друго (навести);
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) пореклу репродуктивних ћелија, и то:
 - (1) семене ћелије: супружника/ванбрачног партнера (из ејакулата, микрохируршки, електроејакулација; ретроејакулација),
 - (2) јајне ћелије: супружника/ванбрачног партнера;
- 7) аспирацији (да/не (отказивање); датуму аспирације; број аспирираних јајних ћелија);
- 8) налазу спермограма на дан аспирације према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО): нормозооспермија; олигозооспермија; олигоастенозооспермија; астенозооспермија; олиго-астено-тератозооспермија; астенотеретозооспермија; тератозооспермија; некрозооспермија; некрооспермија;
- 9) броју добијених јајних ћелија;
- 10) броју употребљених јајних ћелија;
- 11) броју неупотребљених јајних ћелија;

- 12) замрзавању јајних ћелија (не; да, током регуларног БМПО циклуса; да, циклус специфично покренут ради замрзавања јајних ћелија);
- 13) броју замрзнутих јајних ћелија;
- 14) разлогу замрзавања јајних ћелија (навести);
- 15) броју преосталих јајних ћелија: донираних, датих у научноистраживачке сврхе, дезинтегрисаних;
- 16) укупном броју раних ембриона (враћених у тело жене; замрзнутих; дезинтегрисаних; датих у научноистраживачке сврхе);
- 17) датуму завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса);
- 18) датуму попуњавања обрасца.

Члан 9.

Евиденција о исходу циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и месту рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса;
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); циклус са замрзавањем јајних ћелија; циклус са замрзавањем ембриона; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. ин витро матурација; 4. друго (навести);
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 7) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из даљег праћења);
- 8) ембрио/феталној редукацији (не; да);
- 9) датуму исхода, уколико је познато (дан, месец, година);
- 10) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година;
- 11) рођеним бебама, и то:
 - (1) број,
 - (2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),
 - (3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ (g); ТД (cm); ГС (недеље),
 - (4) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);
- 12) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);
- 13) компликацијама KOS (контролисана стимулација оваријума) код мајке, и то:
 - (1) синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом) – не; да,
 - (2) компликација аспирације јајне ћелије (не; крварење; инфекција; оба; друге – навести),
 - (3) смрт мајке (жене) – не; да;
- 14) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. 6) – 12) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 10.

Евиденција о завршетку циклуса интраутерине инсеминације (IUI) садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) пореклу семених ћелија (супружник/ванбрачни партнер);
- 5) циклусу, и то:
 - (1) тип циклуса (спонтани циклус; стимулан циклус),
 - (2) датум инсеминације (дан, месец, година),
 - (3) налаз спермограма на дан IUI према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО): нормозооспермија; олигозооспермија; астенозооспермија; олигоастенозооспермија,
 - (4) исход циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 6) датуму попуњавања обрасца.

Члан 11.

Евиденција о исходу циклуса интраутерине инсеминације (IUI) садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка;
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 5) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из даљег праћења);
- 6) ембрио/феталној редукцији (не; да);
- 7) датуму исхода трудноће, уколико је познато – дан, месец, година;
- 8) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година;
- 9) рођеним бебама, и то:
 - (1) број,
 - (2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),
 - (3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ (g); ТД (cm); ГС (недеље),
 - (4) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);
- 10) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);
- 11) компликацијама KOS (контролисана стиму лација оваријума) код мајке, и то:
 - (1) синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом) – не /да,

- (2) компликација интраутериних инсеминација (не; инфекција; друге – навести),
 - (3) смрт мајке (жене) – не; да;
- 12) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. 4) – 10) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 12.

Евиденција о почетку циклуса БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) врсти репродуктивних ћелија (семене/јајне; а) свеже; б) замрзнуте/одмрзнуте);
- 5) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 6) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);
- 7) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 8) старости донора (броју година) у случају донирања полних ћелија;
- 9) специфичном донору за једног реципијента, друго (навести);
- 10) датуму почетка циклуса (први дан стимулације – дан, месец, година);
- 11) датуму попуњавања обрасца.

Члан 13.

Евиденција о завршетку циклуса БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама (завршно са ембриотрансфером) садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 5) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);
- 6) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони

- генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 7) старости донора (броју година) у случају донирања полних ћелија;
- 8) специфичном донору за једног реципијента, друго (навести);
- 9) пореклу репродуктивних ћелија, и то:
- (1) семене ћелије донора (1. свеже; 2. замрзнуте/одмрзнуте; а) из ејакулата, б) микрохируршки, в) електроејакулација, г) ретроејакулација),
 - (2) јајне ћелије донора (1. свеже; 2. замрзнуте/одмрзнуте);
- 10) аспирацији (да/не (отказивање); датуму аспирације; број аспирираних донираних јајних ћелија);
- 11) налазу спермограма на дан аспирације према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО): нормозооспермија; олигозооспермија; олигоастенозооспермија; астенозооспермија; олиго-астено-тератозооспермија; астенотеретозооспермија; тератозооспермија; некрозооспермија; некрооспермија;
- 12) броју добијених јајних ћелија;
- 13) броју употребљених јајних ћелија;
- 14) броју неупотребљених јајних ћелија;
- 15) замрзавању јајних ћелија (не; да, током регуларног БМПО циклуса);
- 16) броју замрзнутих јајних ћелија;
- 17) разлогу замрзавања јајних ћелија (навести);
- 18) броју преосталих јајних ћелија: датих у научноистраживачке сврхе, односно дезинтегрисаних;
- 19) укупном броју раних ембриона (враћених у тело жене; замрзнутих; дезинтегрисаних; датих у научноистраживачке сврхе);
- 21) датуму завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса);
- 22) датуму попуњавања обрасца.

Члан 14.

Евиденција о исходу циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO са донираним репродуктивним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 5) врсти БМПО циклуса: VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI); VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама; 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);
- 6) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 7) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 8) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из даљег праћења;
- 9) ембрио/феталној редукацији (не; да);
- 10) датуму исхода, уколико је познато (дан, месец, година);
- 11) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година;
- 12) рођеним бебама, и то:
 - (1) број,
 - (2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),
 - (3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ

- (g); ТД (cm); ГС (недеље),
- (4) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);
- 13) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);
- 14) компликацијама КОS (контролисана стимулација оваријума) код мајке, и то:
- (1) синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом) – не; да,
- (2) компликација аспирације јајне ћелије (не; крварење; инфекција; оба; друге - навести),
- (3) смрт мајке (жене) – не; да;
- 15) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. 7) – 13) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 15.

Евиденција о завршетку циклуса интраутерине инсеминације (IUI) са донираним семеним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
- (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
- (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
- (3) место пребивалишта и адреса,
- (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 5) пореклу донираних семених ћелија (а) свеже, (б) замрзнуте/одмрзнуте;
- 6) циклусу, и то:
- (1) тип циклуса (спонтани циклус; стимулан циклус),
- (2) датум инсеминације (дан, месец, година),
- (3) исход циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестациски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 7) датуму попуњавања обрасца.

Члан 16.

Евиденција о исходу циклуса интраутерине инсеминације (IUI) са донираним семеним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
- (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
- (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
- (3) место пребивалишта и адреса,
- (4) земља сталног боравка;
- 3) јединственом идентификационом броју донора;
- 4) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 5) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестациски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 6) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из

даљег праћења);

7) ембрио/феталној редукцији (не; да);

8) датуму исхода трудноће, уколико је познато – дан, месец, година;

9) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година;

10) рођеним бебама, и то;

(1) број,

(2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),

(3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ (g); ТД (cm); ГС (недеље),

(4) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);

11) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);

12) компликацијама КОS (контролисана стиму лација оваријума) код мајке, и то:

(1) синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом) – не /да,

(2) компликација интраутериних инсеминација (не; инфекција; друге – навести);

(3) смрт мајке (жене) – не; да;

13) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. 5) – 11) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 17.

Евиденција о почетку циклуса БМПО – FET са замрзнутим/ одмрзнутим ембрионима садржи податке о:

1) здравственој установи за БМПО;

2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:

(1) презиме, име и јединствени матични број грађана,

(2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,

(3) место пребивалишта и адреса,

(4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);

3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);

4) врсти БМПО циклуса: VTO – циклус са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);

5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);

6) датуму почетка циклуса (први дан спонтаног/стимуланог циклуса – дан, месец, година;

7) датуму попуњавања обрасца.

Члан 18.

Евиденција о завршетку циклуса БМПО – FET са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима садржи податке о:

1) здравственој установи за БМПО;

2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:

(1) презиме, име и јединствени матични број грађана,

(2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,

(3) место пребивалишта и адреса,

- (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO – циклус са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) броју замрзнутих/одмрзнутих ембриона;
- 7) броју одмрзнутих ембриона;
- 8) броју употребљених одмрзнутих ембриона;
- 9) броју одмрзнутих ембриона (датих у научноистраживачке сврхе, дезинтегрисаних);
- 10) броју преосталих замрзнутих ембрионима;
- 11) укупном броју раних ембриона (враћених у тело жене; дезинтегрисаних; датих у научноистраживачке сврхе);
- 12) датуму завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса);
- 13) датуму попуњавања обрасца.

Члан 19.

Евиденција о исходу циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – FET са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
- (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса;
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса VTO – циклус са замрзнутим/одмрзнутим ембрионима 1. спонтан; 2. стимулан циклус: А) дуги протокол; Б) кратки протокол: а) агонисти; б) антагонисти; 3. друго (навести);
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 7) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из даљег праћења;
- 8) ембрио/феталној редукцији (не; да);
- 9) датуму исхода, уколико је познато (дан, месец, година);
- 10) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година,
- 11) рођеним бебама, и то:
- (1) број,
 - (2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),
 - (3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ (g); ТД (cm); ГС (недеље),
 - (4) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);
- 12) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);
- 13) компликацијама код мајке (навести);
- 14) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. б) – 12) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 20.

Евиденција о почетку циклуса БМПО – VTO са замрзнутим/ одмрзнутим јајним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO (ICSI) - циклус са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама;
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) пореклу јајних ћелија (сопствене; дониране);
- 7) датуму почетка циклуса (први дан инсимијације јајне ћелије) – дан, месец, година;
- 8) датуму попуњавања обрасца.

Члан 21.

Евиденција о завршетку циклуса БМПО – VTO са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама садржи податке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса,
 - (4) земља сталног боравка (у случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе: легалност технике или процедуре; легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године); цена; анонимност; претходни неуспели третман; други разлози – у случају других разлога навести);
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO (ICSI) - циклус са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама;
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) пореклу семених ћелија (супружника/ванбрачног партнера; донора (а) из ејакулата, б) микрохируршки, в) електроејакулација, г) ретроејакулација);
- 7) налазу спермограма на дан одмрзавања јајних ћелија: (нормозооспермија; олигозооспермија; олигоастенозооспермија; астенозооспермија; олиго-астено-тератозооспермија; астено-тератозооспермија; тератозооспермија; некрозооспермија; некрооспермија према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО);
- 8) броју замрзнутих/одмрзнутих јајних ћелија;
- 9) броју одмрзнутих јајних ћелија;
- 10) броју употребљених одмрзнутих јајних ћелија;
- 11) броју неупотребљених одмрзнутих јајних ћелија;
- 12) броју преосталих одмрзнутих јајних ћелија: донираних, датих у на учно-истраживачке сврхе, дезинтегрисаних;

- 13) броју преосталих замрзнутих јајних ћелија;
- 14) укупном броју раних ембриона (враћених у тело жене; замрзнутих; дезинтегрисаних; датих у научноистраживачке сврхе);
- 15) датуму завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса);
- 16) датуму попуњавања обрасца.

Члан 22.

Евиденција о исходу циклуса и трудноће из појединачног поступка БМПО – VTO са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама садржи податаке о:

- 1) здравственој установи за БМПО;
- 2) о супружницима, односно ванбрачним партнерима, и то:
 - (1) презиме, име и јединствени матични број грађана,
 - (2) датум и место рођења жене – дан, месец, година,
 - (3) место пребивалишта и адреса;
- 3) броју покушаја (VTO; IUI; а) са сопственим репродуктивним ћелијама; б) са донираним репродуктивним ћелијама);
- 4) врсти БМПО циклуса: VTO (ICSI) - циклус са замрзнутим/одмрзнутим јајним ћелијама;
- 5) извођењу: 1. преинплантациона генетска дијагностика (PGD); 2. преинплантациони генетски скрининг (PGS) (да/не);
- 6) исходу циклуса (трудноћа; ништа; а) биохемијска трудноћа; б) клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион); в) ектопична трудноћа; г) хетеротопична трудноћа);
- 7) исходу трудноће - навести старост трудноће (порођај: а) вагинални, б) царски рез; побачај; индуковани побачај; интраутерина смрт плода; ектопична трудноћа; изгубљена из даљег праћења;
- 8) ембрио/феталној редукцији (не; да);
- 9) датуму исхода, уколико је познато (дан, месец, година);
- 10) датуму када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају непознатог исхода – дан, месец, година,
- 11) рођеним бебама, и то:
 - (1) број,
 - (2) здравствени статус бебе (живорођење; мртворођење; рана неонатална смрт; непознато),
 - (3) телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају (ТМ (g); ТД (cm); ГС (недеље),
- 12) конгениталне аномалије (не; да; непознато, као и описати аномалију);
- 13) исходу трудноће код малформације фетуса/бебе (побачај (спонтани); индуковани побачај; мртворођење; живорођење; рана неонатална смрт);
- 14) компликацијама код мајке (навести);
- 15) датуму попуњавања обрасца.

Податке из става 1. овог члана доставља овлашћена здравствена установа за БМПО.

Када је трудноћа завршена у другој здравственој установи, податке из става 1. тач. 5) – 13) овог члана та здравствена установа доставља овлашћеној здравственој установи за БМПО.

Члан 23.

На основу података из медицинске документације и евиденције из члана 2. овог правилника овлашћене здравствене установе сачињавају тромесечне извештаје о раду, као и годишње извештаје које координатор за поступак БМПО подноси Управи за биомедицину на Обрасцима 7, 7а, 7б, 8. и 9. који су одштампани уз овај правилник и чине његов саставни део.

Управа за биомедицину, на основу достављених извештаја из става 1. овог члана, формира јединствени регистар о подацима о свим БМПО циклусима урађеним у здравственим установама за БМПО, као и подацима о исходу БМПО циклуса.

Члан 24.

Овлашћена здравствена установа, односно банка ћелија и ткива дужне су да податке, односно медицинску документацију и евиденције из чл. 2. и 3. овог правилника чувају 50 година, у складу са законом.

Члан 25.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

Број 110-00-9/2013-01

У Београду, 30. јула 2013. године

Министар,
проф. др **Славица Ђукић Дејановић**, с.р.

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О СУПРУЖНИЦИМА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНИМ ПАРТНЕРИМА
КОЈИ УЧЕСТВУЈУ У ПОСТУПКУ БМПО
са сопственим репродуктивним ћелијама

Здравствена установа:	<input type="text"/>	Датум попуњава ња обрасца:	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНИХ
ПАРТНЕРА – ЖЕНА

Име:	<input type="text"/>	Презиме:	<input type="text"/>
------	----------------------	----------	----------------------

Име оца:	<input type="text"/>	Девојачко презиме:	<input type="text"/>
----------	----------------------	-----------------------	----------------------

Датум рођења:	<input type="text"/>	ЈМБГ:	<input type="text"/>
---------------	----------------------	-------	----------------------

Држава рођења:	<input type="text"/>	Место рођења:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------	----------------------

Место пребивалишта и адреса:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	улица и број	место
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	општина	држављанство

Број личне карте и место издавања:	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

Број пасоша:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Брачно стање:	у браку <input type="checkbox"/>	ванбрачној заједници <input type="checkbox"/>
---------------	----------------------------------	---

Лична анамнеза:

Број свих ранијих трудноћа природним путем <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене деце из трудноћа природним путем <input type="checkbox"/>
---	--

Број свих ранијих трудноћа из БМПО поступака (IVF/IUI) <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене деце из БМПО поступака (IVF/IUI) <input type="checkbox"/>
---	--

Број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене из хетерологних поступака <input type="checkbox"/>
---	---

Трајање неплодности (у годинама)	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

Узроци неплодности/ разлози за лечење

Поремећаји функције јајовода <input type="checkbox"/>	ендометриоза <input type="checkbox"/>	поремећаји функције материце <input type="checkbox"/>
поремећаји функције јајника <input type="checkbox"/>	менопауза <input type="checkbox"/>	избегавање генетских болести <input type="checkbox"/>
неразјашњено <input type="checkbox"/>		поремећаји код мушког партнера <input type="checkbox"/>

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечена у иностранству навести установу и државу

Крва група и Rh фактор

A

AB

Rh +

B

0

Rh -

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНИХ ПАРТНЕРА – МУШКАРАЦ

Име:

Презиме:

Име оца:

Датум рођења:

ЈМБГ:

Држава рођења:

Место рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

Узроци неплодности/ разлози за лечење

поремећаји сперматогенезе

азооспермија

избегавање генетских болести

неразјашњено

поремећаји код женског партнера

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечен у иностранству навести установу и државу

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

ЛИЧНИ ПОДАЦИ О СУПРУЖНИЦИМА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНИМ ПАРТНЕРИМА
КОЈИ УЧЕСТВУЈУ У ПОСТУПКУ БМПО
са донираним репродуктивним ћелијама

Здравствена
установа:

Датум
попуњава
ња
обрасца:

Јединствени идентификациони број
донора:

ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПРИМАОЦА ДОНИРАНИХ
РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Јединствени идентификациони број
примаоца:

Име:

Презиме:

Име оца:

Девојачко
презиме:

Датум рођења:

ЈМБГ:

Држава
рођења:

Место
рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

живи сама

Висина (у метрима)

Тежина (у килограмима)

Боја очију

плава

зелена

смеђа

црна

друге боје

Боја косе (природна)

светло плава

тамно плава

светло смеђа

тамно смеђа

црна

црвена

Структура косе	равна <input type="checkbox"/>	коврцава <input type="checkbox"/>	валовита <input type="checkbox"/>
Боја коже	врло светла <input type="checkbox"/>	средње светла <input type="checkbox"/>	тамна <input type="checkbox"/> црна <input type="checkbox"/>
Крвна група и Rh фактор	A <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	Rh + <input type="checkbox"/>
	B <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Rh - <input type="checkbox"/>
Раса	бела <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>	жута <input type="checkbox"/>

Лична анамнеза:

Број свих ранијих трудноћа природним путем <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене деце из трудноћа природним путем <input type="checkbox"/>
Број свих ранијих трудноћа из БМПО поступака (IVF/IUI) <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене деце из БМПО поступака (IVF/IUI) <input type="checkbox"/>
Број свих ранијих трудноћа из хетерологних поступака <input type="checkbox"/>	укупан број живорођене из хетерологних поступака <input type="checkbox"/>

Трајање неплодности (у годинама)

Узроци неплодности/ разлози за лечење

Поремећаји функције јајовода <input type="checkbox"/>	ендометриоза <input type="checkbox"/>	поремећаји функције материце <input type="checkbox"/>
поремећаји функције јајника <input type="checkbox"/>	менопауза <input type="checkbox"/>	избегавање генетских болести <input type="checkbox"/>
неразјашњено <input type="checkbox"/>	поремећаји код мушког партнера <input type="checkbox"/>	

друго (навести)

Ако је прималац лечена у иностранству навести установу и државу

ЛИЧНИ ПОДАЦИ СУПРУЖНИКА/ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА ПРИМАОЦА ДОНИРАНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Име:

Презиме:

Име оца:

Датум рођења:

ЈМБГ:

Држава рођења:

Место рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

Узроци неплодности/ разлози за лечење

поремећаји сперматогенезе

азооспермија

избегавање генетских болести

неразјашњено

поремећаји код женског партнера

друго (навести)

Ако је супружник/ванбрачни партнер лечен у иностранству навести установу и државу

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

ПОДАЦИ О ЛИЧНОСТИ ДОНОРА РЕПРОДУКТИВНИХ ЋЕЛИЈА

Здравствена
установа:Датум
попуњава
ња
обрасца:

ЛИЧНИ ПОДАЦИ ДОНОРА

Јединствени идентификациони број
донора

Име:

Презиме:

Име оца:

Девојачко
презиме:

Датум рођења:

ЈМБГ:

Држава
рођења:Место
рођења:

Место пребивалишта и адреса:

улица и број

место

општина

држављанство

Број личне карте и место издавања:

Број пасоша:

Брачно стање:

у браку

ванбрачној заједници

самац/ица

разведен/а

удовац/ица

Да ли донор има сопствене биолошке деце:

да

не

Колико:

женске деце

мушке деце

Висина (у метрима)

Тежина (у килограмима)

Боја очију

плава

зелена

смеђа

црна

друге боје

Боја косе (природна)

светло плава

тамно плава

светло смеђа

тамно смеђа

црна

црвена

Структура косе	равна <input type="checkbox"/>	коврцава <input type="checkbox"/>	валовита <input type="checkbox"/>	
Боја коже	врло светла <input type="checkbox"/>	средње светла <input type="checkbox"/>	тамна <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>
Крвна група и Rh фактор	A <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	Rh + <input type="checkbox"/>	
	B <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Rh - <input type="checkbox"/>	
Раса	бела <input type="checkbox"/>	црна <input type="checkbox"/>	жута <input type="checkbox"/>	

Да ли је донор усвојен/а? да не

Да ли је донор зачет донираним репродуктивним ћелијама? да не

Навести све анамнестичке податке о телесним повредама, онеспособљености, душевним болестима или потешкоћама у учењу код донора или у његовој биолошкој породици:

Датум прикупљања репродуктивних ћелија

Донор лично описује своја:

Верска уверења

Занимање

Лична интересовања

Вештине

Разлози за донирање

М.П.

 Факсимил и потпис здравственог радника

ПРИЈАВА ПОЧЕТКА ЦИКЛУСА БМПО – VTO

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМПО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

У случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе 1. Легалност технике или процедуре 2. Легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године) 3. Цена 4. Анонимност 5. Претходни неуспели третман 6. Други разлози

У случају других разлога, навести _____

Број покушаја: 1. VTO 2. IUI а) са сопственим репродуктивним ћелијама б) са донираним репродуктивним ћелијама

Врста БМПО циклуса: I. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF: ICSI: IVF/ICSI) II Циклус са замрзавањем јајних ћелија III. Циклус са замрзавањем ембриона

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус: А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол; а) агонисти; б) антагонисти;

3. Ин витро матурација; 4. Друго (навести) _____

Да ли су рађене:

1. Пренеплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не

2. Пренеплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Датум почетка циклуса: _____

Први дан стимулације – дан, месец, година

Датум:

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

дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

**ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА БМПО – VTO
(завршно са ембриотрансфером)**

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМПО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

У случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе 1. Легалност технике или процедуре 2. Легалност карактеристика или стања пацијента (нпр године) 3. Цена 4. Анонимност 5. Претходни неуспели третман 6. Други разлози
У случају других разлога, навести _____

Број кокупаја: 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) доиране репродуктивне ћелије

Врста БМПО циклуса: 1. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI) II Циклус са замрзавањем јајних ћелија III. Циклус са замрзавањем ембриона

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус: А) Дути протокол; Б) Кратки протокол; а) агонисти; б) антагонисти;

3. Ин витро матурација; 4. Друго (навести) _____

Да ли су рађене: 1. Пренимплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не

2. Пренимплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Порекло репродуктивних ћелија:

1. Семених ћелија супружника/ванбрачног партнера 2. Јајне ћелије супружника/ванбрачног партнера

а) из ејакулата б) микрохирурски

в) електроејакулација г) ретроејакулација

Аспирација: 1. Да 2. Не (оказивање)

Датум аспирације: _____

Број аспирираних јајних ћелија: _____

Налаз спермограма на дан аспирације према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО):

1. Нормозооспермија 2. Олигозооспермија 3. Олигоастенозооспермија 4. Астенозооспермија 5. Олиго-астено-тератозооспермија 6. Астено-тератозооспермија 7. Тератозооспермија 8.. Некрозооспермија 9. Некрооспермија

Број добијених јајних ћелија: _____

Број употребљених јајних ћелија: _____

Број неупотребљених јајних ћелија: _____

Замрзавање јајних ћелија:

1. Не 2. Да, током регуларног БМПО циклуса 3. Да, циклус специфично покренут ради замрзавања јајних ћелија

Број замрзнутих јајних ћелија: _____

Разлог замрзавања јајних ћелија (навести): _____

Број преосталих јајних ћелија:

а) доираних б) датих у научноистраживачке сврхе в) дезинтегрисаних

Укупни број рањих ембриона:

а) враћених у тело жене б) замрзнутих в) дезинтегрисаних г) датих у научноистраживачке сврхе

Датум завршетка циклуса (датум ембриотрансфера или датум отказивања циклуса)

Датум:

/ /
 дан месец година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

**ПРИЈАВА ИСХОДА ЦИКЛУСА И ТРУДНОЋЕ ИЗ ПОЈЕДИНАЧНОГ ПОСТУПКА БМПО
– VTO**

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМПО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

Место пребивалишта и адреса: _____

Број покушаја 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) дониране репродуктивне ћелије

Врста БМПО циклуса: I. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI) II. Циклус са замрзавањем јајних ћелија III. Циклус са замрзавањем ембриона

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус: А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол; а) агонисти; б) антагонисти;

3. Ин витро матурација; 4. Друго (навести) _____

Да ли су рађене: 1. Преинплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не

2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Ништа

а) Биохемијска трудноћа

б) Клиничка трудноћа (гестациски мешак и ембрион)

в) Ектопична трудноћа

г) Хетерогенична трудноћа

Исход трудноће (навести старост трудноће):

1. Порођај а) вагинални (_____) б) царски рез (_____)

2. Побачај (_____) 3. Индуковани побачај (_____) 4. Интраутерина смрт плода (_____)

5. Ектопична трудноћа (_____) 6. Изгубљена из даљег праћења

Ембрио/фетална редукција: 1. Не 2. Да

Датум исхода, уколико је познато: дан, месец, година

Датум када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења, у случају непознатог исхода:
дан, месец, година

Број рођених беба:

Здравствени статус бебе: 1. Живорођење 2. Мртворођење 3. Рана неонатална смрт 4. Непознато

Телесна маса и дужина детета на рођењу и гестациска старост при порођају:

Плод 1:

Плод 2:

Плод 3:

Плод 4:

ТМ (g) _____ ТМ (g) _____ ТМ (g) _____ ТМ (g) _____

ТД (cm) _____ ТД (cm) _____ ТД (cm) _____ ТД (cm) _____

ГС (недеље) _____ ГС (недеље) _____ ГС (недеље) _____ ГС (недеље) _____

Конгениталне аномалије: 1. Не 2. Да 3. Непознато

Описати аномалију: _____

Исход трудноће код малформације фетуса/бебе:

1. Побачај (спонтан) 2. Индуковани побачај 3. Мртворођење 4. Живорођење 5. Рана неонатална смрт.

Компликације КОС (контролисана стимулација оваријума) код мајке:

Синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом): 1. Не 2. Да

Компликација аспирације јајне ћелије: 1. Не 2. Крварење 3. Инфекција 4. Оба 5. Друге
(навести) _____

Смрт мајке (жепе): 1. Не 2. Да

Датум:

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

дан

месец

година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

ПРИЈАВА ЗАВРШЕТКА ЦИКЛУСА ИНТРАУТЕРИНЕ ИНСЕМИНАЦИЈЕ (IUI)

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМЈО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

У случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе 1. Легалност технике или процедуре 2. Легалност карактеристика или стања пацијента (нпр године) 3. Цена 4. Анонимност 5. Претходни неуспели третман 6. Други разлози

У случају других разлога, навести _____

Број покушаја: 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) доприране репродуктивне ћелије

1.	2.	а)	б)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Порекло семених ћелија: 1. Супружник 2. Ванбрачни партнер

Тип циклуса: 1. Спонтани циклус 2. Стимулисан циклус

Датум инсеминације : дан, месец, година

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Напаз спермограма на дан IUI према критеријумима Светске здравствене организације (СЗО):

1. Нормозооспермија 2. Олигозооспермија 3. Астенозооспермија
4. Олигоастенозооспермија

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Ништа

а) Биохемијска трудноћа

б) Клиничка трудноћа (гестациски менак и ембрион)

в) Ектопична трудноћа

г) Хетеротопична трудноћа

Датум:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

дан

месец

година

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

ПРИЈАВА ИСХОДА ЦИКЛУСА ИНТРАУТЕРИНЕ ИНСЕМИНАЦИЈЕ (IUI)

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ванбрачног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

Број покушаја: 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) дониране репродуктивне ћелије

Исход циклуса: 1. Трудноћа 2. Пилит

а) Биохемијска трудноћа

б) Клиничка трудноћа (гестацијски мешак и ембрион)

в) Ектопична трудноћа

г) Хетеротопична трудноћа

Исход трудноће (навести старост трудноће):

1. Порођај а) вагинални (_____) б) царски рез (_____)

2. Побачај (_____) 3. Индуковани побачај (_____) 4. Интраутерина смрт плода (_____)

5. Ектопична трудноћа (_____) 6. Изгубљена из даљег праћења

Ембрио/фетална редукција: 1. Не 2. Да

Датум исхода трудноће, уколико је познато: дан, месец, година

Датум када је пацијенткиња изгубљена из даљег праћења у случају неознатог исхода: дан, месец, година

Број рођених беба:

Здравствени статус бебе:

1. Живорођење 2. Мртворођење 3. Рана неонатална смрт 4. Непознато

Телесна маса и дужина детета на рођењу и гестацијска старост при порођају:

Плод 1:

Плод 2:

Плод 3:

Плод 4:

ТМ (g) _____

ТМ (g) _____

ТМ (g) _____

ТМ (g) _____

ТД (cm) _____

ТД (cm) _____

ТД (cm) _____

ТД (cm) _____

ГС (недеље) _____

ГС (недеље) _____

ГС (недеље) _____

ГС (недеље) _____

Конгениталне аномалије: 1. Не 2. Да 3. Непознато

Описати аномалију: _____

Исход трудноће код малформације фетуса/бебе:

1. Побачај (спонтани) 2. Индуковани побачај 3. Мртворођење 4. Живорођење 5. Рана неонатална смрт.

Компликације КОС (контролисана стимулација оваријума) код мајке:

Синдром оваријалне хиперстимулације (са хоспитализацијом): 1. Не 2. Да

Компликација интраутерине инсеминације: 1. Не 2. Инфекција

3.. Друге (навести) _____

Смрт мајке (жене): 1. Не 2. Да

Датум:

дан	месец	година			

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара

ПРИЈАВА ПОЧЕТКА ЦИКЛУСА БМПО – VTO

са донираним репродуктивним ћелијама

НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ за БМПО: _____

Презиме, име и ЈМБГ жене: _____

Презиме, име и ЈМБГ супружника, односно ваљбраног партнера: _____

Датум и место рођења жене – дан, месец, година: _____

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

Место пребивалишта и адреса: _____

Земља сталног боравка: _____

У случају страних држављана, навести разлог за прелазак границе 1. Легалност технике или процедуре 2. Легалност карактеристика или стања пацијента (нпр. године) 3. Цена 4. Анонимност 5. Претходни неуспели третман 6. Други разлози

У случају других разлога, навести _____

Јединствени идентификациони број донора: _____

Врста репродуктивних ћелија: 1. семене ћелије 2. јајне ћелије а) свеже б) замрзнуте/одмрзнуте

--	--

Број покушаја: 1. VTO 2. IUI а) сопствене репродуктивне ћелије б) дониране репродуктивне ћелије

1. 2. а) б)

--	--	--	--

Врста БМПО циклуса: I. VTO са свежим репродуктивним ћелијама (IVF; ICSI; IVF/ICSI) II VTO са замрзнутим/одмрзнутим репродуктивним ћелијама

--	--	--	--

1. Спонтан; 2. Стимулисан циклус; А) Дуги протокол; Б) Кратки протокол; а) агонисти; б) антагонисти;

3. Друго (навести) _____

1. 2. а) б)

--	--	--	--

Да ли су рађене:

1. Преинплантациона генетска дијагностика (PGD) а) да б) не

2. Преинплантациони генетски скрининг (PGS) а) да б) не

Старост донора (број година)

1. Специфични довор за једног реципијента 2. Друго (навести) _____

Датум почетка циклуса:

Први дан стимулације - дан, месец, година

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

Датум:

дан	месец	година							

М.П.

Факсимил и потпис одговорног лекара