

|                                                                                   |                                                                   |                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C.<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN NO      | DH.FR.08   |
|                                                                                   |                                                                   | YAYIN TARİHİ    | 01.11.2021 |
|                                                                                   |                                                                   | REVİZYON NO     | 00         |
|                                                                                   | TÜP BEBEK TEDAVİSİ RESMİ SAĞLIK KURULU RAPORU FORMU               | REVİZYON TARİHİ | -          |

Adı Soyadı : Eşinin Adı Soyadı : Tarih :  
Yaşı : Yaşı :  
Telefon :  
Öğretim Görevlisi :  
Evlilik Süresi :  
İnterfilite Süresi :

**ERKEK FAKTÖRÜ (Oligo-astenospermi, Azospermi)**

Öykü :

Geçirilmiş Operasyon :

**Spermiogram :**

|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| Tarih:        | 1 | 2 | 3 |
| Volüm:        |   |   |   |
| Sayı:         |   |   |   |
| Hareketlilik: |   |   |   |
| Morfoloji :   |   |   |   |

**Not: Total Motil Sperm Sayısı < 5 Milyon Olmalıdır.**

**KADIN FAKTÖRÜ**

Öykü :

Geçirilmiş Operasyon :

Endometriozis :

PKOS :

Tubal Faktör :

Hormonal - Ovulatuvar Bozukluk :

**Jinekolojik Muayene :**

Vulva / Vajen :

Uterus :

Adneksial Alan :

Meme :

**Bazal Hormon Düzeyi** :

|               |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------|---|--|--|--|--|--|--|
| TARİH         | : |  |  |  |  |  |  |
| FSH           | : |  |  |  |  |  |  |
| LH            | : |  |  |  |  |  |  |
| Östrojen (E2) | : |  |  |  |  |  |  |
| Progesteron   | : |  |  |  |  |  |  |
| PRL           | : |  |  |  |  |  |  |
| TSH           | : |  |  |  |  |  |  |
| ST3-ST4       | : |  |  |  |  |  |  |
| DHEAS         | : |  |  |  |  |  |  |
| Stesteron     | : |  |  |  |  |  |  |
| 17 OHP        | : |  |  |  |  |  |  |
| Androst       | : |  |  |  |  |  |  |

**Bazal Ultrasonografi** :

Uterus :

Sağ Over :

Sol Over :

**HSG** :

**Histereskopi** :

**Laparoskopi** :

Açıklanamayan inferdilitte Tetkileri normal olduğu halde ,3 IUI siklusu başarısız olan hastalar

Bayan Yaşı 38 ve üzerindeki hastalarda yukarıdaki şartlar aranmaksızın Sağlık Kurulu Raporu verilebilir.