

## Zpráva o těhotenství

Vážená paní,  
otěhotněla jste pomocí metod asistované reprodukce. Prosíme Vás o sdělení výsledku Vaší gravidity. Poskytnutí údajů o ukončení těhotenství je povinné a vyplývá z § 3 odstavce 5 zákona č. 296/2008 Sb. včetně povinnosti poskytnutí informací o zdravotním stavu novorozence, popřípadě plodu.

Vyplněnou Zprávu o těhotenství je třeba zaslat doporučeně nebo osobně doručit na adresu našeho pracoviště: Centrum asistované reprodukce, Porodnicko-gynekologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Zdravotníků 248/7, Olomouc, 779 00. Vyplněný formulář lze také zaslat na email [car@fnol.cz](mailto:car@fnol.cz). Děkujeme.

Jméno a příjmení matky: \_\_\_\_\_

Výkon: IUI\* / ET\* / KET\* dne: \_\_\_\_\_ (\* provedený výkon zakroužkujte)

Ultrazvukovým vyšetřením dne: \_\_\_\_\_ zjištěna \_\_\_\_\_ četná gravidita.

### Těhotenství bylo ukončeno:

#### a) PORODEM

**Datum porodu:** \_\_\_\_\_, týden těhotenství: \_\_\_\_\_

Průběh porodu:  spontánní  
 operativní – císařský řez  
 jiný – vakuumextrakce, porodnické kleště, ...

### Informace o novorozenci:

	Pohlaví	Hmotnost (g)	Délka (cm)	Novorozenec zdravý (ANO/NE)	Jiné údaje (vrozené vývojové vady, úmrtí,...)
1.					
2.					
3.					

**Pokud se u dítěte vyskytnou během života závažné zdravotní problémy, prosím informujte nás o tom na kontaktech Centra asistované reprodukce (aktuální jsou uvedené na [www.car.fnol.cz](http://www.car.fnol.cz)). Současně Vás žádáme, abyste o povinnosti informovat o případných závažných zdravotních problémech Centrum asistované reprodukce vyrozuměla registrujícího praktického lékaře Vašeho dítěte.**

#### b) POTRATEM

**Datum ukončení těhotenství:** \_\_\_\_\_, datum následné revize: \_\_\_\_\_

Týden těhotenství: \_\_\_\_\_

Způsob ukončení těhotenství:  
 spontánní potrat  
 indukovaný potrat, z důvodu: \_\_\_\_\_  
 mimoděložní těhotenství

V případě jakýchkoliv dotazů nás můžete kontaktovat na telefonním čísle 585 853 913.