

Bệnh viện/Phòng khám:

TÓM TẮT BỆNH ÁN

Họ tên vợ: Tuổi: PARA:

Tên chồng: Tuổi:

Địa chỉ:

Lập gia đình năm: Ngừa thai: Không Có Biện pháp áp dụng:

Thời gian mong con: Kinh chót ngày:

Chu kỳ kinh nguyệt: ngày Lượng kinh: Nhiều Ít Trung bình

Tiền căn phẫu thuật vùng chậu:

Tóm tắt quá trình điều trị trước đây (nếu có):

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

Các xét nghiệm:

- Nội tiết:

o AMH (nếu có):

- Kết quả nội soi (nếu có):

- HSG:

- Siêu âm phụ khoa:

o Số nang noãn đầu chu kỳ 2 buồng trứng (AFC):

- Tinh dịch đồ:

- Các xét nghiệm khác:

Chẩn đoán:

.....

Hướng điều trị:

.....

Ngày tháng năm

Bác sĩ điều trị

Họ tên:

SĐT:

Email: