

## PRILOG I.A

## Podaci o darivatelju/ici spolnih stanica

Zdravstvena ustanova 

## MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

1. Ovim obrascem:  prijavljuje se novog darivatelja/ice   ispravljaju se prijašnji podaci 2. Obrazac ispunjen dan  mjesec  godina 3. Jedinstveni identifikacijski broj darivatelja/ice  prijašnji broj darivatelja/ice (ako je bilo promjena) 4. ID broj donacije  broj donacije koji daje zdravstvena ustanova 5. Ovaj darivatelj/ica je registriran kao korisnik/ica pod  (broj koji daje zdravstvena ustanova)

## 6. Podaci o darivatelju/ici

Ime Prezime Ime oca Djevojačko prezime Datum rođenja: dan  mjesec  godina  spol: muško  žensko Država rođenja Mjesto rođenja OIB/broj putovnice Broj osobne iskaznice Mjesto izdavanja osobne iskaznice Državljanstvo Bračno stanje: u braku  u izvanbračnoj zajednici  samac/ica razveden/a  udovac/ica 

Adresa darivatelja/ice na dan popunjavanja obrasca

Ulica i kućni broj Mjesto Poštanski broj Država 7. Da li darivatelj/ica ima vlastite biološke djece? da  ne Ako da, koliko od toga muške djece  ženske djece Datum rođenja djece dan  mjesec  godina 8. Visina (u metrima)  težina (u kilogramima) 9. Boja očiju: plava  zelena  smeđa  crna druge boje 10. Boja kose (prirodna): svijetlo plava  tamno plava  svijetlo smeđa tamno smeđa  crna  crvena 11. Struktura kose: ravna  valovita  kovrčava 12. Boja puti: vrlo svijetla  srednje svijetla  tamna  crna 13. Krvna grupa i Rh-faktor: A  AB  Rh+ B  O  Rh- 14. Rasa: bijela  crna  žuta

### Podaci o darivatelju/ici spolnih stanica

#### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

15. Datum prikupljanja spolnih stanica: dan  mjesec  godina

16. Da li je darivatelj/ica darovao/la spolne stanice u drugoj zdravstvenoj ustanovi: da  ne

Ako da u kojoj (u RH ili u inozemstvu)

17. Da li je darivatelj/ica usvojen/a? da  ne

18. Da li je darivatelj/ica začeta darovanim spolnim stanicama da  ne

19. Molimo navesti sve anamnestičke podatke o tjelesnim bolestima, onesposobljenosti, duševnim bolestima ili poteškoćama u učenju kod darivatelja/ice ili u biološkoj obitelji darivatelja/ice

20. Molimo označite ukoliko je darivatelj/ica izvršio/la neku od sljedećih screening pretraga:

cistična fibroza

talasemija

kariotipizacija

Cytomegalo virus antitijela

HIV

hepatitis B i C

srpasta anemija

STDs

Tay Sachs-ova bolest

Drugo:

### Podaci o darivatelju/ici spolnih stanica

Ovu stranicu popunjava darivatelj/ica

#### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

U donja polja molimo unesite opis Vaših:

21. Vjerskih uvjerenja

22. Zanimanja

23. Osobnih interesa

24. Vještina

25. Razloga za darivanje

## PRILOG I.B

## Podaci o darivatelju/ici zametka

Zdravstvena ustanova 

## MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

1. Ovim obrascem: prijavljuje se novog darivatelja/icu  ispravljaju se prijašnji podaci
2. Obrazac ispunjen dan  mjesec  godina
3. Jedinствени идентификациски број дариватеља/ице  пријашњи број дариватеља/ице (ако је било промена)
4. ID број донације  број донације који даје здравствена установа
5. Овај дариватељ/ица је регистран као корисник/ица под бројем  (број који даје здравствена установа)

6. Podaci o darivatelju/ici
- Ime
- Prezime
- Ime oca
- Djevojačko prezime
- Datum rođenja: dan  mjesec  godina  spol: muško  žensko
- Država rođenja
- Mjesto rođenja
- OIB/broj putovnice
- Broj osobne iskaznice
- Mjesto izdavanja osobne iskaznice
- Državljanstvo
- Bračno stanje: u braku  u izvanbračnoj zajednici  samac/ica   
razveden/a  udovac/ica

- Adresa darivatelja/ice na dan popunjavanja obrasca
- Ulica i kućni broj
- Mjesto
- Poštanski broj
- Država

7. Da li darivatelj/ica ima vlastite biološke djece? da  ne
- Ako da, koliko od toga muške djece  ženske djece
- Datum rođenja djece dan  mjesec  godina

8. Visina (u metrima)  težina (u kilogramima)

9. Boja očiju: plava  zelena  smeđa  crna
- druge boje

10. Boja kose (prirodna): svijetlo plava  tamno plava  svijetlo smeđa   
tamno smeđa  crna  crvena

11. Struktura kose: ravna  valovita  kovrčava

12. Boja puti: vrlo svijetla  srednje svijetla  tamna  crna

13. Krvna grupa i Rh-faktor: A  AB  Rh+   
B  0  Rh-

14. Rasa: bijela  crna  žuta

## Podaci o darivatelju/ici zametka

### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

15. Datum darivanja zametka: dan  mjesec  godina

16. Da li je darivatelj/ica darovao/la zametke u drugoj zdravstvenoj ustanovi: da  ne

Ako da u kojoj (u RH ili u inozemstvu)

17. Da li je darivatelj/ica usvojen/a? da  ne

18. Da li je darivatelj/ica začet/a darovanim spolnim stanicama ili zametkom da  ne

19. Molimo navesti sve anamnestičke podatke o tjelesnim bolestima, onesposobljenosti, duševnim bolestima ili poteškoćama u učenju kod darivatelja/ice ili u biološkoj obitelji darivatelja/ice

20. Molimo označite ukoliko je darivatelj/ica izvršio/la neku od slijedećih screening pretraga:

cistična fibroza

talasemija

kariotipizacija

Cytomegalo virus antitijela

HIV

hepatitis B i C

srpasta anemija

STDs

Tay Sachs-ova bolest

Drugo:

## Podaci o darivatelju/ici zametka

Ovu stranicu popunjava darivatelj/ica

### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

U donja polja molimo unesite opis Vaših:

21. Vjerskih uvjerenja
22. Zanimanja
23. Osobnih interesa
24. Vještina
25. Razloga za darivanje

## PRILOG 2.

### Podaci o primateljici spolnih stanica/zametka

Zdravstvena ustanova

#### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

1. Ovim obrascem: prijavljuje se nova primateljica  ispravljaju se prijašnji podaci

2. Obrazac ispunjen: dan  mjesec  godina

3. Broj primateljice(koji dodjeljuje zdrava ustanova)

4. Jedinstveni identifikacijski broj primateljice  ID broj primateljice

#### 5. Podaci o primateljici

Ime

Prezime

Ime oca

Djevojačko prezime

Datum rođenja: dan  mjesec  godina

Država rođenja

Mjesto rođenja

OIB/broj putovnice

Broj osobne iskaznice

Mjesto izdavanja osobne iskaznice

Državljanstvo

Bračno stanje: u braku  u izvanbračnoj zajednici  samac/ica

#### Adresa primateljice na dan popunjavanja obrasca

Ulica i kućni broj

Mjesto

Poštanski broj

Država

#### 6. Porodničarska anamneza:

broj svih ranijih trudnoća prirodni putem  ukupan broj živorođene djece iz trudnoća prirodni putem

broj svih ranijih trudnoća iz IVF postupaka  ukupan broj živorođene djece iz trudnoća IVF postupcima

broj svih ranijih trudnoća iz heterolognih postupaka  ukupan broj živorođene djece iz trudnoća DI postupcima

7. Trajanje neplodnosti (u godinama)

#### 8. Uzroci neplodnosti/razlozi za liječenje (može se označiti više od jedne rubrike)

poremećaji jajovoda  endometrijoza  poremećaji maternice

poremećaji ovulacije  poremećaji jajnika  menopauza

izbjegavanje genetskih bolesti  nerazjašnjeno  drugo

poremećaji sa strane muškog partnera

9. Ukoliko je primateljica prethodno liječena u inozemstvu navesti ustanovu i u i državu

10. Krvna grupa i Rh-faktor: A AB Rh+  
B 0 Rh-

**Podaci o primateljici spolnih stanica/zametka****Podaci o bračnom/izvanbračnom drugu****MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA**1. Ovim obrascem:  prijavljuje se bračni/izvanbračni drug   ispravljaju se prijašnji podaci 2. Obrazac ispunjen: dan  mjesec  godina 3. Broj bračnog/izvanbračnog druga  broj darivatelja **4. Podaci o bračnom/izvanbračnom drugu**Ime Prezime Ime oca Datum rođenja: dan  mjesec  godina Država rođenja Mjesto rođenja OIB/broj putovnice Broj osobne iskaznice Mjesto izdavanja osobne iskaznice Državljanstvo Bračno stanje: u braku  u izvanbračnoj zajednici 

Adresa bračnog/izvanbračnog druga na dan popunjavanja obrasca

Ulica i kućni broj Mjesto Poštanski broj Država **5. Uzroci neplodnosti/razlozi za liječenje (može se označiti više od jedne rubrike)**oligozoospermija (mali broj spermija)  azoospermija (potpuni nedostatak spermija) izbjegavanje genetskih bolesti  nerazjašnjeno  drugo   
poremećaji sa strane ženskog bračnog/izvanbračnog druga **6. Ukoliko je bračni/izvanbračni drug prethodno liječen u inozemstvu navesti ustanovu i zemlju**

---

PRILOG 3.A

---

## Izvešće o djetetu začetoj medicinski pomognutom oplodnjom s darivanim spolnim stanicama

Zdravstvena ustanova

### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

1. Ovim obrascem:  prijavljuje se porod djeteta   ispravljaju se prijašnji podaci

#### 2. Podaci o roditelji (primateljici)

broj primateljice

broj\_darivatelja

ime i prezime primateljice

#### 3. Ovim obrascem izvješćuje se o porodu djeteta začetoj:

IVF/X, ICSI postupkom  AID postupkom  IVF postupkom

#### 4. Novorođenčad

	novorođenče 1	novorođenče 2	novorođenče 3
živo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mrtvorođeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neonatalna smrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
težina (u gramima)	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
spol	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
jedinstveni identifikacijski broj	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

datum poroda dan  mjesec  godina

ime djeteta	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
prezime	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

#### urođene anomalije:

nema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nejasno-potrebno praćenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
postoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. mjesto rođenja

6. država rođenja

**ISPUNJEN OBRAZAC DOSTAVITI DRŽAVNOM REGISTRU ODMAH PO ROĐENJU DJETETA/CE**

## PRILOG 3.B

### Izvešće o djetetu začetoj medicinskom oplodnjom s darivanim zametkom

Zdravstvena ustanova

#### MOLIMO ISPUNITI ČITLJIVO, TISKANIM SLOVIMA

1. Ovim obrascem:                              prijavljuje se porod djeteta                               ispravljaju se prijašnji podaci 

2. Podaci o rodilji (primateljici)

broj primateljice

broj darivatelja

ime i prezime primateljice

3. Ovim obrascem izvješćuje se o porodu djeteta začetoj:

IVF/X, ICSI  
postupkom

AID postupkom

IVF postupkom

4. Novorođenčad

	novorođeno 1	novorođeno 2	novorođeno 3
živo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mrtvorođeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neonatalna smrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
težina (u gramima)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
spol	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
Jedinstveni identifikacijski broj	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

datum poroda

dan mjesec godina 

ime djeteta

prezime

urođene anomalije:

nema

nejasno-potrebno praćenje

postoje

5. mjesto rođenja

6. država rođenja

ISPUNJEN OBRAZAC DOSTAVITI DRŽAVNOM REGISTRU ODMAH PO ROĐENJU DJETETA/CE