



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPERMIOGRAMMA

तारीख _____

उपनाम _____ नाम _____

आयु _____ यौन संयम के दिन _____

व्यवसाय _____ निवास _____

<p>क्या आप यह जांच पहली बार करवा रहे हैं?</p> <p>हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/></p> <p>यदि नहीं, तो पहले कितनी बार और कब करवाई?</p>	<p>क्या आपके बच्चे हैं?</p> <p>हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/></p>	<p>जांच का कारण:</p> <p>प्रजनन क्षमता का अध्ययन (*) <input type="checkbox"/></p> <p>सर्जरी से पहले मूल्यांकन <input type="checkbox"/></p> <p>सर्जरी के बाद मूल्यांकन <input type="checkbox"/></p> <p>उपचार का मूल्यांकन <input type="checkbox"/></p> <p>अन्य _____ <input type="checkbox"/></p> <p>* प्रजनन संबंधी अनुरोध के मामले में, संदर्भ केंद्रों से संपर्क करना उचित है।</p>
<p>क्या आप कोई दवा ले रहे हैं? हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/></p> <p>यदि हाँ, तो किस प्रकार की?</p> <p>सूजनरोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>एंटीबायोटिक्स <input type="checkbox"/></p> <p>परजीवीरोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>फफूंदरोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>कॉर्टिकोस्टेराइड्स <input type="checkbox"/></p> <p>मूत्रवर्धक दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>अवसादरोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>उच्च रक्तचापरोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>अतालतारोधी दवाएँ <input type="checkbox"/></p> <p>अन्य <input type="checkbox"/></p>	<p>क्या आप इनमें से किसी बीमारी से पीड़ित हैं या रहे हैं:</p> <p>कण्ठमाला/मम्प्स (किस आयु में) <input type="checkbox"/></p> <p>टाइफाइड <input type="checkbox"/></p> <p>लिवर की बीमारी <input type="checkbox"/></p> <p>मधुमेह/शुगर <input type="checkbox"/></p> <p>उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/></p> <p>प्रोस्टेट की बीमारी <input type="checkbox"/></p> <p>वेरिकोसील <input type="checkbox"/></p> <p>जननांग संबंधी संक्रमण <input type="checkbox"/></p> <p>पिछले 6 महीनों में तेज बुखार <input type="checkbox"/></p> <p>अन्य _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>निचला हिस्सा प्रयोगशाला के उपयोग के लिए आरक्षित है</p> <p>क्या आप इनका सेवन करते हैं:</p> <p>शराब <input type="checkbox"/></p> <p>तंबाकू/सिगरेट <input type="checkbox"/></p> <p>ड्रग्स <input type="checkbox"/></p> <p>क्या आपने हाल ही में मैग्नेटोथेरेपी करवाई है?</p> <p>_____/_____/_____/_____</p>
<p>वाणिज्यिक नाम</p> <p>_____</p>	<p>वीर्य संग्रह</p> <p><input type="checkbox"/> पूरा</p> <p><input type="checkbox"/> आंशिक</p>	<p>टिप्पणियाँ</p>

डॉक्टर _____