

**NEW PATIENT HEALTH SUMMARY**

新贵宾病历信息

TODAY \_\_\_\_\_ YULANE REPRESENTATIVE 服务代表全名 \_\_\_\_\_ LEAD # 客服部的客源号 \_\_\_\_\_

**Part One 第一部分: Female Client Information 客户女方信息**

**FEMALE NAME (English):** \_\_\_\_\_ 女方姓名(中文): \_\_\_\_\_ **DATE 日期:** \_\_\_\_\_  
**D.O.B. 出生日期:** \_\_\_\_\_ **HT 身高:** \_\_\_\_\_ **WT 体重:** \_\_\_\_\_

美国 FDA 代孕资格需要基本血液指标

需求方通过 FDA 规定的身体资格。正常的标准是需求方的身体指标对未来代孕妈妈不会造成遗传病、和可能造成身体不健康的各种影响因素。这个指标要求需求方亲自赴美,在 FDA 实验室完成抽血检查。

HTLV I&II \_\_\_\_\_  
 Hepatitis C NAT \_\_\_\_\_  
 CMV IGM result \_\_\_\_\_

**Consult 咨询:**

Personal 个人  Phone 电话  
 With 和  Woman 女方  Couple 客户夫妇  Partner 配偶 **Time Started 开始时间:** \_\_\_\_\_  
 For 因:  Infertility for 不孕已 \_\_\_\_\_ years 年  
 PGD 移植前基因诊断

For 因为:

AS 非整倍体的筛选  Translocation 易位: (  F 女方  M 男方 )  
 HLA 人类白细胞抗原  SGD 单基因遗传病

If Choose any one, Explain In Below 如果选择任何一项,请说明如下

**Female Age 女方年龄:** \_\_\_\_\_

**Ethnicity 族裔:** Hispanic or Latino 西班牙裔或拉丁裔  NO 否  YES 是

**Race 种族:**

White 白人  A.F.Am 非洲裔美国人  Asian 亚洲人  
 Am. 美洲 Indian/Alaska 印第安人/阿拉斯加人  Native Hawaiian 夏威夷本地人  Doesn't know 不知道

**Menses 经期:**

**Started age 开始年龄:** \_\_\_\_\_ **every 每** \_\_\_\_\_ **days 天, and lasting for 持续** \_\_\_\_\_ **days 天.**  
**LMP 上一次月经开始的第一天:** \_\_\_\_\_

**Gravidity 妊娠:**

Full Term 足月  Pre Term 早产  AS 自发性流产  AA 选择性流产  
 EUP 宫外孕 ( Side:  RT 右侧  LT 左侧 )  
**Pregnancies with current partner 与现在的伴侣怀孕的吗:**  NO 否  YES 是  
**Last Preg 上一次怀孕呢?** \_\_\_\_\_

**Pregnancies 怀孕:**

Spontaneous 自发性怀孕  CC 克罗米酚促排卵  CC/IUI 克罗米酚促排卵/宫腔内人工授精  
 COH/IUI 控制性超排卵/宫腔内人工授精  IVF 试管婴儿  FET 冷冻胚胎移植

**ART History 辅助生育历史:**

**Prior fresh IVF Cycles 曾有过的新鲜试管婴儿周期数:** \_\_\_\_\_  
**Prior FET Cycles 曾有过的冷冻胚胎移植周期数:** \_\_\_\_\_  
**Prior IUI 曾有过的宫腔内人工授精次数:** \_\_\_\_\_

**Past OCP 过往是否使用口服避孕药:**  NO 否  YES 是

**Endometriosis 子宫内膜异位症:**  NO 否  YES 是

**Prior PID 过往盆腔炎:**  NO 否  YES 是

**Tubes 输卵管:**

Open 通畅  Blocked 堵塞 (  RT 右侧  LT 左侧 )  Doesn't know 不知道

**Female's Name (English):** \_\_\_\_\_ **女方中文全名:** \_\_\_\_\_ **女方签名(中文):** \_\_\_\_\_

**Male's Name (English):** \_\_\_\_\_ **男方中文全名:** \_\_\_\_\_ **男方签名(中文):** \_\_\_\_\_

**Tubal Ligation** 输卵管结扎:  NO 否  YES 是

**Healthy** 健康:  YES 是  Ch. Disease 有慢性病, Explain In Below 说明如下:

**ROS** 身体系统概况:  WNL 在正范围内  Has Some Problems 有一些问题, Explain In Below 说明如下:

**Meds** 目前在服药吗?  NO 否  YES 是 \_\_\_\_\_

**Major / GYN Surgeries** 妇科手术:  NO 否  YES 是, Explain In Below 说明如下:

**Allergies** 过敏:  NO 否  YES 有 To What 对什么过敏, Explain In Below 说明如下:

**Smoking** 抽烟:  NO 无  YES 是 \_\_\_\_\_ /d 每天多少支

**Past Smoker** 过往吸烟史:  NO 无  YES 有 Stopped 终止于 \_\_\_\_\_ ago 多长时间以前

**Alcohol** 喝酒: \_\_\_\_\_ drink/week 每星期喝多少

**Drugs** 毒品:  NO 否  YES 是

**Family** 家族病史:  NO 无  YES 有, Explain In Below 说明如下:

Breast/ovarian Ca 乳腺/卵巢癌

Genetic Dis 遗传病, Explain In Below 说明如下:

**Part Two** 第二部分: **Client Reproductive Health Information** 客户生育健康信息

**FEMALE NAME (English):** \_\_\_\_\_ 女方姓名(中文): \_\_\_\_\_ **DATE** 日期: \_\_\_\_\_

**MALE PARTNER NAME (English):** \_\_\_\_\_ **DOB** 出生日期: \_\_\_\_\_ **Age** 年龄: \_\_\_\_\_  
男方伴侣姓名(中文): \_\_\_\_\_

**Man Ethnicity** 男方族裔: Hispanic or Latino 西班牙裔或拉丁裔?  NO 否  YES 是

**Prior Kids** 之前的孩子:  NO 否  YES 有 \_\_\_\_\_ 个

**Race** 种族:

White 白人

A.F.Am 非洲裔美国人

Asian 亚洲人

Am. Indian/Alaska 美洲印第安人/阿拉斯加人

Native Hawaiian 夏威夷本地人

Doesn't know 不知道

**Healthy** 健康:

YES 是  Ch. Disease 有慢性病, Explain In Below 说明如下:

**Semen** 精子形态:

WNL 在正范围内

Oligo 少精症

Terato 精子畸形

Astheno 弱精症

Azospermia 无精症

Doesn't know 不知道

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_

**Meds** 目前在服药吗: NO 否 YES 有, Explain In Below 说明如下:

**Major Surgeries** 重大手术: NO 否 YES 有, Explain In Below 说明如下:

**Vasectomy** 输精管结扎术: NO 否 YES 是

**Allergies** 过敏: NO 否 YES 有 To What 对什么过敏, Explain In Below 说明如下:

**Smoking** 抽烟: NO 否 YES 是 \_\_\_\_\_ /d 每天多少支

**Past Smoker** 过往吸烟史: NO 无 YES 有 Stopped终止于 \_\_\_\_\_ ago多长时间以前

**Alcohol** 喝酒: \_\_\_\_\_ drink/week 每星期喝多少?

**Drugs** 吸毒: NO 否 YES 是

**Family** 家庭病史: NS 无 Breast/ovarian Ca 乳腺/卵巢癌  
Genetic/Dis 遗传病, Explain In Below 说明如下:

**Discussed with patient** 与病人讨论:

Alternatives 可替代方案 \_\_\_\_\_

RISKS of 有关风险

Meds 药物

Procedures 手术

OHSS 卵巢过度刺激综合症

MP 多胎

RISKS to Baby/s & pregnancy complications with IVF/ICSI/PGD

对胎儿的风险以及试管婴儿/卵巢内单精子注射/胚胎移植前基因检测导致的怀孕并发症

PR with SET vs DET 选择一个胚胎移植与两个胚胎移植带来的不同怀孕率

PDS-AS 非整倍体的胚胎移植前基因检测

Other 其它, Explain In Below 说明如下:

**A 评估: Cause of Infertility/Reason for ART (all that apply):** 不孕的缘由/使用辅助生育方案的原因(所有适用的原因)

Ovulatory disorders 排卵障碍

PCO 多囊性卵巢

History of endometriosis 子宫内膜异位史

Diminished ovarian reserve 卵巢储备减少

Tubal disease 输卵管疾病

Not Hydrosolpinx 不积水

Tubal hydrosalpinx 输卵管积水

Tubal ligation 输卵管结扎(not reserved)(没有做输卵管再通术)

Uterine factor 子宫因素

Fibroid 子宫肌瘤

Failed IUI's 宫腔内人工授精失败

Habitual Abortions 习惯性流产

Immune 免疫性疾病

Unexplained infertility 不明原因的不孕

Male Infertility 男方不孕

Oligo 少精症

Azospermia 无精子症

Other 其它

Explain In Below 说明如下:

**PGD** 胚胎移植前基因诊断, for 由于:

OAS 非整倍体的筛选

Translocation 易位

HLA 人类白细胞抗原

SGD 单基因遗传病

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_

**P 计划:**

- IVF试管婴儿
- ED卵子捐赠
- CC克罗米酚促排卵
- ICSI 卵浆内单精子注射
- GC代孕
- COH控制性超排卵
- FET冷冻胚胎移植
- IUI 宫腔内人工授精

**PGD 胚胎移植前基因诊断 for 由于:**

- AS非整倍体的筛选
- HLA 人类白细胞抗原
- Translocation 易位
- SGD单基因遗传病

- Stop Smoking/Alcohol 停止抽烟/喝酒
- Diet 减肥

**LABS 实验室:**

- Immune panel (检测抗核抗体, 抗心磷脂抗体, 抗E抗体, 以及血栓形成的试验)
- Medical Clearance (当客户有除了不孕以外的全身性疾病时, 她可能需要就她的健康和试管婴儿治疗咨询她的主要医生)

Cryo Sperm 冷冻精子:  Partner 伴侣的  Donor 捐赠者的

**MEDS 目前在服用的药物:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Time 时间:** \_\_\_\_\_

**# Embryos for ET 胚胎移植所用的胚胎数:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Ilan Tur-Kaspa, MD**

**Part Three 第三部分: Client Physical Information and History 客户健康信息和病史**

**Date 日期:** \_\_\_\_\_

**Patient Name (English):** Last: \_\_\_\_\_ First: \_\_\_\_\_

病人姓名(中文): 姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_

**DOB 出生日期:** \_\_\_\_\_

**Past medical and surgical history 过往医疗和手术史:**  Non contributory (没有相关经历)  
 YES 有, Explain In Below 说明如下:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Present medical history 当前医疗史:**  No current medical problems 目前无医疗上的问题  Infertility 不孕

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergies or adverse drug reactions 过敏或药物不良反应:**  No Known Allergies 无已知过敏症

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Current medications 目前服用药物:**  IVF Medications 试管婴儿药物  
 No medications taken at this time 目前没有服用任何药物

**Female's Name (English):** \_\_\_\_\_ **女方中文全名:** \_\_\_\_\_ **女方签名(中文):** \_\_\_\_\_

**Male's Name (English):** \_\_\_\_\_ **男方中文全名:** \_\_\_\_\_ **男方签名(中文):** \_\_\_\_\_

**Physical examination** 体检: BP 血压: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Height 身高: \_\_\_\_\_ Weight 体重: \_\_\_\_\_  
Pulse 脉搏: \_\_\_\_\_ Temp 体温: \_\_\_\_\_

**HEENT** (头部眼耳鼻喉):  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Lungs** 肺部:  CLEAR 清晰  N/A 无信息  Other 其它

**Heart** 心跳:  NORMAL SOUNDS 正常心跳  N/A 无信息  Other 其它

**Breasts** 乳房:  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Abdomen** 腹部:  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Neuro** 神经:  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Extremities** 四肢:  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Pelvic** 骨盆:  WNL 正常范围内  N/A 无信息  Other 其它

**Uterus** 子宫:  AV 子宫前倾  RV 子宫后倾  Other 其它

**Fibroids** 子宫肌瘤:  NO 否  YES 是  Other 其它

**Impression** 医生评价:  Approved for ART 同意实施辅助生育技术

**Examining Physician** 负责检查医生: \_\_\_\_\_

**Date** 日期: \_\_\_\_\_

**Reviewed By** 审查医生: **Dr. Ilan Tur-Kaspa** \_\_\_\_\_

**Date** 日期: \_\_\_\_\_

**Completed by Initials** 完成人员签名: **JR** \_\_\_\_\_ **MC** \_\_\_\_\_ **MF** \_\_\_\_\_ **VW** \_\_\_\_\_

**Date** 日期: \_\_\_\_\_

Female's Name (English): \_\_\_\_\_ 女方中文全名: \_\_\_\_\_ 女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_ 男方中文全名: \_\_\_\_\_ 男方签名(中文): \_\_\_\_\_

**Part Four 第四部分: Pre IVF Tests 试管婴儿手术前体检**

<b>Prerequisite Testing 体检的必要性</b>		
<p>Certain tests must be performed prior to initiating a cycle of IVF. Some are required by law and others by US national standards of care. Other tests are important to rule out problems that could reduce your chance of conception or increase the risk to mother or baby. 在进入试管婴儿周期之前必须进行某些检测,有些检测是法律和美国国家医护标准要求实施的,还有一些测试对于排除导致减少受孕机会或者增加母亲或婴儿面对的风险的问题非常重要。</p>		
<b>Female 女方</b>		
<b>MANDATORY PRIOR TO IVF</b> 试管婴儿手术前必查项目	是否完成	如完成请给出数值或结果
Day 3 FSH 月经第三天卵泡刺激素		
LH 月经第三天黄体酮生成素		
Estradio 月经第三天雌二醇		
TSH 促甲状腺激素		
Prolactin 催乳素		
Hemoglobin 血红蛋白		
Fasting Glucose 空腹血糖		
Blood group 血型		
Rh 溶血性		
HIV 艾滋病病毒		
Hepatitis B surface antigen 乙肝病毒表面抗原		
Hepatitis C antibody 丙型肝炎抗体		
RPR 梅毒		
Pap smear 子宫颈抹片检查		
Urine test or Cervical swab for Gonorrhea and Chlamydia 尿液检查, 或者对淋病和衣原体的宫颈标本化验		
Day 3 vaginal ultrasound for uterus and ovaries with antral follicle count 月经第3天对子宫的阴道超声和对卵巢的窦卵泡计数		

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_

<b>Male 男方</b>		
<b>MANDATORY PRIOR TO IVF</b> 试管婴儿手术前必查项目	是否完成	如完成请给出数值或结果
HIV 艾滋病病毒		
Hepatitis B surface antigen 乙肝病毒表面抗		
Hepatitis C antibody 丙型肝炎抗体		
RPR 梅毒		
Cytomegalovirus (CMV) antibodies 巨细胞病毒抗体		
Blood group 血型		
Rh 溶血性		
Complete semen analysis with strict criteria for sperm morphology 完整的针对精子形态按严格标准作的精液分析		
STRONGLY RECOMMENDED PRENATAL TESTS TO PREVENT GENETIC DISEASES(patient may sign a consent - waiver if wish not to be tested) 强烈建议产前检查以防止基因疾病（病人如果不希望体检可签署同意放弃检查的声明）		
<b>Patients of Asian Origin 亚裔患者</b>		
<b>Female 女方</b>		
<b>MANDATORY PRIOR TO IVF</b> 试管婴儿手术前必查项目	是否完成	如完成请给出数值或结果
Hemoglobin electrophoresis 血红蛋白电泳		
Cystic fibrosis carrier screen 囊性纤维化载体检测		
<b>Male 男方</b>		
<b>MANDATORY PRIOR TO IVF</b> 试管婴儿手术前必查项目	是否完成	如完成请给出数值或结果
Hemoglobin electrophoresis 血红蛋白电泳		
Cystic fibrosis carrier screen 囊性纤维化载体检测		
<b>Patients with Family history of Mental Retardation 患者有家族精神发育迟滞史</b>		
Test one partner first (preferably male - if considering possible donor egg in the future). If he or she is positive, test the other. 首先让男方或女方中的一方测试（最好是男性，如果考虑到未来可能的会使用捐赠者的卵子）。如果他或她是正常的，测试另一方。		
Male 男方 Fragile X X染色体易损综合症	Female 女方 Fragile X X染色体易损综合症	

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_

此页为空白页。

填写方法 (仅供屏幕显示)

1. 全部的信息需要输入中文汉字打印填写, 填写人员为《我们为您着想》客户服务主任助理。在您方便的时候与您通话获得所需要的信息。
2. 表格填写好后, 通过电子邮件发给贵宾本人, 您需要使用Adobe免费软件(可以在网上自己下载)打开, 直接通过打印机打印出来。如发现信息填写不正确, 可以手工书写修改, 如一页纸不够, 可以自行增加纸张。
3. 麻烦您在您需要签字的地方手工签字。通常是每页都要签字。
4. 签字后, 请扫描为彩色图片格式的JPG文件, 然后发送到 wecare@yulane.com
5. 您的客户服务主任助理会在24小时内与您联系。

This is blank page for Yulane IVF American Doctors to enter the notes

客户服务主任  
客户根据客户  
需要填写和说明  
特殊需求

**Applicantion Status** \_\_\_\_\_

**Name of IVF Clinic**

By Yulane US IVF Physican \_\_\_\_\_

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_



女贵宾不孕证明 - Please attach the medical indication signed by your Chinese doctor show the needs of surrocy services.



I have reviwed information provided above and approve the internet parents listed in this form enter the surrogate IP medical program.

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Female's Name (English): \_\_\_\_\_

女方中文全名: \_\_\_\_\_

女方签名(中文): \_\_\_\_\_

Male's Name (English): \_\_\_\_\_

男方中文全名: \_\_\_\_\_

男方签名(中文): \_\_\_\_\_