

## Remiss spermprov

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Remitterande läkare och klinik: \_\_\_\_\_

För att kunna bedöma spermprovet på ett tillförlitligt sätt ber vi dig svara på följande frågor i samband med provtagningen.

Namn och personnummer på behållaren stämmer:  Ja

Datum \_\_\_\_\_ och klockslag \_\_\_\_\_ för provinlämning?

**Provet framtaget:**

- På kliniken  
 I hemmet

**Fick du med hela utlösningen i burken?**

- Ja  
 Nej

**När hade du föregående utlösning** (antal dagar)? \_\_\_\_\_

**Har du haft feber eller infektion under den senaste veckan/veckorna?**

- Ja  
 Nej  
Om ja, vad?  
\_\_\_\_\_

In order to assess the sperm sample in a reliable way, we ask you to answer the following questions **as you turn in your sample**.

Name and personal identity number on the container is correct:  Yes

Date: \_\_\_\_\_ and time: \_\_\_\_\_ of sample?

**The sample produced at:**

- At the clinic  
 At home

**Did you get the entire sample in the container?**

- Yes  
 No

**When did you have your last ejaculation** (number of days)? \_\_\_\_\_

**Have you had an illness or fever in the last week/weeks?**

- Yes  
 No  
If yes, what?  
\_\_\_\_\_

***Ifylles av kliniken***

ID-kontroll utförd på Livio Gärdet av: \_\_\_\_\_

Behållarens batchnr: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extern fertilitetsutredning | <input type="checkbox"/> Intern fertilitetsutredning |
| <input type="checkbox"/> Testfrys donator            | <input type="checkbox"/> Donation                    |
| <input type="checkbox"/> Spermiefrys                 | <input type="checkbox"/> .....                       |