

## Remiss assisterad befruktning

Klinik och remitterande läkare:.....

Remissdatum:.....

Kvinnan

Partner

Personnr:..... Personnr:.....

Namn:..... Namn:.....

Adress:..... Adress:.....

Mobil:..... Mobil:.....

E-mail:..... E-mail:.....

Tolkbehov: Ja  Språk:.....

## Infertilitetsorsak

 Ovulationsproblem ..... Letrozol-stimulerad Ja  Nej  Antal gånger:..... Endometriosis Tubarfaktor ..... Känd orsak Vilken? ..... Ovarialsvikt..... AMH-resultat..... Manlig faktor Oförklarlig Annat, Vad?.....Sjukdomar som ev. kan utgöra kontraindikation för graviditet/föräldraskap: Nej  Ja   
Vilka?.....Psykosociala kontraindikationer mot graviditet/föräldraskap: Nej  Ja   
Vilka?.....Alkohol eller drogmissbruk: Nej  Ja .....Tidigare behandlingar i nuvarande relation? Nej  Ja  I tidigare relation? Nej  Ja Hormonstimulering  Insemination  IVF 

Ange antal och tidpunkt:.....

Gemensamma graviditeter: Ja  Antal: ..... Datum senaste graviditet:.....Gemensamma barn Nej  Ja  Antal:..... Antal missfall:.....

Graviditetsförsök sedan år:.....

## Remiss assisterad befruktning

### Utredning kvinnan

Tidigare graviditeter: Ja  Paritet:..... HyCoSy:  .....

TSH: ..... Taget datum:.....

AMH: ..... Taget datum:..... AF Hö: ..... AF Vä: .....

Menscykellängd: ..... Blodtryck: .....

Blodsmittescreening ua: datum: ..... (skicka kopia på blodsmittescreening blodprover)

VS – Benigt: år: .....

Rökning: Nej  Ja

Längd: ..... Vikt: ..... BMI:.....Blodtryck:...../.....

Har kvinnan vårdats utomlands/utfört vårdarbete utomlands de senaste 12 månaderna?

Nej  Ja  När: ..... Var: .....

---

### Utredning partner

Tidigare graviditeter: Ja  Antal barn: ..... Antal missfall:.....

Blodsmittescreening ua: datum: .....

Spermaprov: Normalt  Avvikande

Andrologiskt utredd: Ja  Nej

Rökning: Nej  Ja

Har partner vårdats utomlands/utfört vårdarbete utomlands de senaste 12 månaderna?

Nej  Ja  När: ..... Var: .....

---

Bifoga alla relevanta undersökningar och provsvar inkl. spermaprovsvar! Även journaler från tidigare försök för att optimera behandlingen.

Följande krävs för att patienten ska få assisterad befruktning:

- Infektionsscreening (HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV 1 och 2, syfilisserologi, Anti HB-c). K
- Klamydia/Gonorré test
- Rekommenderat att TSH är normalt vid assisterad befruktning. Om TSH är  $\geq 2,5$  rekommenderas om kontroll av TSH, T4 fritt, T3 fritt, Tpo-ak ca: 3-5veckor efter första provtagningen.