

REMISS ASSISTERAD BEFRUKTNING

Remitterande läkare:.....Remissdatum:.....

Vårdinrättning:.....Ort:.....

Namn, kvinna	Namn, partner
Personnummer, kvinna	Personnummer, partner
Gemensam folkbokföringsadress	
Mobil, kvinna	Mobil, partner
Arbetar: Heltid Deltid Studerar Arbetssökande Sjukskriven	Arbetar: Heltid Deltid Studerar Arbetssökande Sjukskriven
Yrke/Utbildning	Yrke/utbildning
Tolk Nej Ja Vilket språk:.....	

Remittentens förslag till behandling

IVF/ICSI Donerade spermier	Insemination Donerade oocyter	PGT
-------------------------------	----------------------------------	-----

Infertilitetsorsak

Ovalutionsproblem Endometrios Tubarfaktor Ovarialsvikt Orsak?..... Manlig faktor <i>OBS! Om spermiekoncentration <5 milj/ml andrologisk utredning före IVF-remiss</i> Oförklarlig Om kvinnan <36 år och normalt spermaprov, bifoga HyCoSy-svar Social orsak (<i>Ensamstående, samkönade</i>)
--

Kontraindikationer för assisterad befruktning

Sjukdomar som kan utgöra kontraindikation för graviditet/föräldraskap	Nej	Ja
Psykosociala/sociala kontraindikationer mot graviditet/föräldraskap	Nej	Ja
Aktuellt/tidigare missbruk (Alkohol, droger, spel, tabletter mfl)	Nej	Ja

Tidigare graviditeter

Graviditetsförsök sedan (år/månad).....	Har kvinnan/partnern genomgått frivillig sterilisering? Nej Ja
Gemensamma graviditeter (inkl missfall/aborter) Nej Ja Antal:..... Tidpunkt för senaste graviditet/missfall (år/månad)?.....	
Gemensamma barn (inkl. adopterade barn/via donation av könsceller) Nej Ja	

Tidigare behandlingar

Behandlingar i <u>nuvarande</u> relation?	Nej	Ja		
Behandlingar i <u>tidigare</u> relation?	Nej	Ja		
Om ja, vilken behandling:	Hormonstimulering	Insemination	IVF	PGT
Vem har genomgått en behandling:	Kvinnan	Partner	Båda	

Ange antal behandlingar och när:.....

Har offentlig behandling utförts på annan klinik? Nej Ja Var?.....

Har behandling utförts mot svensk ersättning i annat EU-land? Nej Ja Var?.....

Utredning av kvinnan

Tidigare graviditeter:.....	Längd cm
Om ja, ange paritet:.....	Vikt kg
	BMI.....
Tidigare/aktuella diagnoser:.....	
Aktuella läkemedel:.....	
Är eventuell behandlande läkare informerad om graviditetsönskan Nej Ja	
Rökning Nej Ja	Proteintillskott Nej Ja
Rökstopp sedan:.....	Vilket/vilka preparat:.....
Snus Nej Ja	
Alkohol (glas/vecka) Öl..... Vin..... Sprit.....	
TSH:.....	Datum:.....
AMH (pmol/L):.....	Datum:.....
FSH (CD 2-4):.....	Datum:.....
LH (CD 2-4):.....	Datum:.....
VS-Beningt	Taget år/månad:.....
VS höggradig dysplasi avskriven Nej Ja	

Utredning av partner

Delaktig i antal tidigare graviditeter:..... Antal barn (även från andra relationer):.....	
Tidigare/aktuella diagnoser:.....	
Aktuella läkemedel:.....	
Är eventuell behandlande läkare informerad om graviditetsönskan Nej Ja	
Rökning Nej Ja	Proteintillskott Nej Ja
Rökstopp sedan:.....	Vilket/vilka preparat:.....
Snus Nej Ja	
Alkohol (glas/vecka) Öl..... Vin..... Sprit.....	
Spermprov: Normalt Avvikande	Gradient/swimup:milj/ml
Andrologisk utredning utförd?(spermiekoncentration < 5milj/ml vid upprepad provtagning)	
Nej Ja	

Patienten/paret godkänner att RMC har tillgång till NPÖ (nationell patientöversikt med diagnoser) inför remissbedömningen Nej Ja

Bifoga journalkopior på infertilitetsutredningen på patienten/paret, om dessa inte finns i Melior samt kopior på ALLA provsvar!

Postadress: Skånes universitetssjukhus, Reproduktionsmedicinskt Centrum, 205 02 Malmö

Besöksadress: Reproduktionsmedicinskt Centrum, Östra Varvsgatan 11F, plan 5, 211 73 Malmö

Telefon (växel): 040-33 10 00, **RMC telefon:** 040-33 21 64, **RMC fax:** 040-625 73 98

Webb: www.skane.se/sus/rmc **Instagram:**

www.instagram.com/rmc_malmo/