

REMISS ASSISTERAD BEFRUKTNING

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

Vårdinrättning:.....Ort:.....

Namn, kvinna	Namn, partner
Personnummer, kvinna	Personnummer, partner
Gemensam folkbokföringsadress	
Mobil, kvinna	Mobil, partner
Arbetar: Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/>	Arbetar: Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/>
Studerar <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/>	Studerar <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/>
Yrke/Utbildning	Yrke/utbildning
Tolk Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilket språk:.....	

Remittentens förslag till behandling

<input type="checkbox"/> IVF/ICSI	<input type="checkbox"/> Insemination	<input type="checkbox"/> PGT
<input type="checkbox"/> Donerade spermier	<input type="checkbox"/> Donerade oocyter	

Infertilitetsorsak

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

Kontraindikationer för assisterad befruktning

Sjukdomar som kan utgöra kontraindikation för graviditet/föräldraskap	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Psykosociala/sociala kontraindikationer mot graviditet/föräldraskap	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Aktuellt/tidigare missbruk (Alkohol, droger, spel, tabletter mfl)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Tidigare graviditeter

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

Postadress: Reproduktionsmedicinskt centrum, Region Skåne, 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/

Tidigare behandlingar

Behandlingar i <u>nuvarande</u> relation?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Behandlingar i <u>tidigare</u> relation?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, vilken behandling:	Hormonstimulering <input type="checkbox"/>	Insemination <input type="checkbox"/>	IVF <input type="checkbox"/>	PGT <input type="checkbox"/>
Vem har genomgått en behandling:	Kvinnan <input type="checkbox"/>	Partner <input type="checkbox"/>	Båda <input type="checkbox"/>	
Ange antal behandlingar och när:.....				
Har offentlig behandling utförts på annan klinik? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Var?.....				
Har behandling utförts mot svensk ersättning i annat EU-land? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Rökning Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Proteintillskott Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rökstopp sedan:.....	Vilket/vilka preparat:.....
Snus Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Rökning Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Proteintillskott Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rökstopp sedan:.....	Vilket/vilka preparat:.....
Snus Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Alkohol (glas/vecka) Öl..... Vin..... Sprit.....	
Spermaprov: Normalt <input type="checkbox"/> Avvikande <input type="checkbox"/>	Gradient/swimup..... milj/ml
Andrologisk utredning utförd?(spermiekoncentration < 5milj/ml vid upprepad provtagning)	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Patienten/paret godkänner att RMC har tillgång till NPÖ (nationell patientöversikt med diagnoser) inför remissbedömning, utredning och eventuell behandling.

Ja Nej

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

Postadress: Reproduktionsmedicinskt centrum, Region Skåne, 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/