

## Remiss assisterad befruktning

Remitterande läkare och adress

Remissdatum: .....

STÄMPEL HÄR

**Kvinnan**

**Partner**

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

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

Adress:.....

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

Paret har gemensam folkbokföringsadress: Ja  Nej

Tolkbehov: Ja  Språk: .....

### Behandling

- |  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IVF/ICSI                  | <input type="checkbox"/> Insemination med makens spermier   | <input type="checkbox"/> PGD |
| <input type="checkbox"/> IVF med donerade spermier | <input type="checkbox"/> Insemination med donerade spermier |                              |
| <input type="checkbox"/> IVF med donerade ägg      | <input type="checkbox"/> Hormonstimulering                  |                              |

### Infertilitetsorsak

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ovulationsproblem |  |
| <input type="checkbox"/> Endometrios       |  |
| <input type="checkbox"/> Tubarfaktor ..... | Känd orsak <input type="checkbox"/> Vilken? .....                      |
| <input type="checkbox"/> Ovarialsvikt..... |  |
| <input type="checkbox"/> Manlig faktor     | Om spermiekoncentration < 5 milj/ml, bifoga kromosomanalys             |
| <input type="checkbox"/> Oförklarlig       | Om kvinnan < 36 år och spermiegradient > 5 milj/ml, bifoga HyCoSy svar |
| <input type="checkbox"/> Ensamstående      |  |

Sjukdomar som ev kan utgöra kontraindikation för graviditet/föräldraskap: Nej  Ja

Vilka?.....

Psykosociala kontraindikationer mot graviditet/föräldraskap: Nej  Ja

Alkohol eller drogmissbruk: Nej  Ja

**Postadress:** Skånes universitetssjukhus, Reproduktionsmedicinskt Centrum, 205 02 Malmö

**Besöksadress:** Skånes universitetssjukhus, Jan Waldenströms gata 47, Malmö

**Telefon (växel):** 040-33 10 00, **RMC telefon:** 040-33 21 64, **RMC fax:** 040-33 82 66

**Webb:** [www.skane.se/sus/rmc](http://www.skane.se/sus/rmc)

Tidigare behandlingar i nuvarande relation? Nej  Ja  I tidigare relation? Nej  Ja

Hormonstimulering  Insemination  IVF

Ange antal och tidpunkt: .....

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

Har kvinnan/partnern tidigare genomgått frivillig sterilisering? Nej  Ja

Gemensamma graviditeter (inkl. missfall/aborter): Nej  Ja  Antal:.....

Tidpunkt för senaste graviditet (år/mån).....

Gemensamma barn/vårdnadshavare (inkl. adopterade barn/ via donation av könsceller): Nej  Ja

Graviditetsförsök sedan år/månad .....

### Utredning kvinnan

Tidigare graviditeter: Ja  Paritet:..... HyCoSy  *endast vid Kopia bifogas!*

TSH (mE/L)..... datum:..... \* Insemination

AMH (pmol/L) ..... datum:..... \* IVF oförklarlig <36 år

Blodsmittescreening ua:  datum: ..... \* IVF tubarfaktor

VS – Benigt:  år: ..... \* Ensamstående

Rökning: Nej  Ja

Längd: ..... Vikt: ..... BMI:.....

### Utredning partner

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

Blodsmittescreening ua:  datum: .....

Spermaprov RMC: Normalt  Avvikande

Bifoga kopia på spermaprovet om det är bedömt utanför RMC

Medsänd kromosomanalys av mannen om spermiekoncentration <5 milj/ml vid upprepad provtagning

Rökning: Nej  Ja

### Bifoga alla relevanta undersökningar och kopior på provsvar inkl. spermaprovsvar!

Riktlinjer och aktuell remiss finns på [www.vardgivare.skane.se](http://www.vardgivare.skane.se)

Följande krävs för att patienten ska få assisterad befruktning:

Nedre åldersgräns för behandling är 25 år (ej för hormonstimulering utan assisterad befruktning)

Remiss måste ha inkommit minst 4 månader före kvinnan fyller 40 år och mannen 56 år.

I infektionsscreening ingår HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV 1 och 2, syfilisserologi.

Rekommenderat att TSH är  $\leq 2,5$  mE/L vid assisterad befruktning.