

Fertilitetsbevarande åtgärd - Remiss för ställningstagande/åtgärd

Vänligen fyll i **alla** uppgifter nedan för att underlätta hanteringen och säkra ett skyndsamt omhändertagande av patienten.

Patientens namn	
Patientens personnummer (♀ej fyllt 40 år, ♂ej fyllt 56 år)	
Patientens tel nr/hemort	
Ev partners pers.nr	
Remitterande klinik.	
Remitterande läkare och telefonnummer	
Patientens sjukdom	
Datum för start av behandling/operation	
Vilken typ av behandling (markera) Ange datum alt. prel. plan	Strålbehandling _____ Cytostatika _____ Operation _____ Annat: _____
AMH (kvinnliga patienter)	Taget datum
Inf. prover. HIV, HTLV I+II Lues, Hepatit B+ C på patienten	Tagna datum
Är patienten informerad och införstådd i att denna remiss är skickad	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Är patienten inlagd på vårdavdelning?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Tolkbehov?	<input type="checkbox"/> JA, språk: _____ <input type="checkbox"/> NEJ
Avsändare:	MG-KOD: PASIS-KOD: FAX NR:
Har patienten barn? Har patienten två barn eller fler i tidigare/nuvarande relation, får fertilitetsbevarande åtgärd göras i privat regi. V G se riktlinjer.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Om JA, antal: _____

Remiss datum _____

Remissen faxas till: 040-84 515

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

Övergripande villkor och förutsättningar vid fertilitetsbevarande åtgärd

BEHANDLINGSVILKOR

- Behandlingen, ska startas innan kvinnans 40-årsdag och mannen 56-årsdag. Start av behandling definieras för kvinna som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner. Vid uttag av äggstocksvävnad dag för beslut. Start av behandling definieras för mannen som dag för beslut.
- Inför behandling kontrolleras HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis. För behandling fördras att alla prover är negativa. För kvinnliga patienter tas AMH.
- För personer som redan har 2 barn(oavsett om tillsammans med tidigare/aktuell eller ingen partner) kan fertilitetsbevarande åtgärd endast erbjudas i undantagsfall. I sådant fall kan fertilitetsbevarande åtgärd endast erbjudas om personen själv finansierar behandling och frysförvaring.

FÖRUTSÄTTNINGAR

Behandling utförs för personer som ska genomgå behandling, eller har sådan sjukdom, att man befarar förlust av befruktningsdugliga ägg alternativt spermier.

Behandling utförs om det är medicinskt motiverat.

Frysning av ägg, spermier eller embryon av sociala orsaker, s.k. social freezing, utförs ej.

FRYSTA EMBRYON, ÄGG ELLER ÄGGSTOCKSVÄVNAD

Embryon alternativt oocyter eller äggstocksvävnad som befruktas kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45-årsdag.

FRYSTA SPERMIER ELLER TESTIKELVÄVNAD

Frysta spermier kan användas för befruktning fram till mannens 56-årsdag.