

Postadresse:
Fertilitetsavdelingen Sør
Sykehuset Telemark HF
Postboks 2900 Kjørbekk
3710 Skien

Besøksadresse:
Fertilitetsavdelingen Sør
Aallsgate 41
3922 Porsgrunn

Telefon: 35005820
Telefaks: 35005827
Elektronisk meldingstjeneste:
CRYPHO, se våre nettsider på
www.sthf.no for informasjon.

Henvisning til utredning ved Fertilitetsavdelingen Sør

Personalialia

Kvinnens navn	
F.nr.	
Partners navn	
F.nr.	
Adresse	
	Tlf kvinne:
	Tlf partner:

Om paret

Ut fra en medisinsk/psykososial vurdering, forventes det at paret er egnet til å gjennomgå assistert befruktning, svangerskap, fødsel og ha omsorg for et barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Samlivsform: Ektefeller <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/>
Fertilitetsbehandling innebærer ofte selvadministrasjon av medisiner og telefonkonsultasjoner som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan paret kommunisere på norsk eller engelsk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Barneønske siden (år): _____ Regelmessig coitus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Henvisende lege

Dato	Underskrift/adresse/stempel/telefon

FOR Å IVARETA FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL VED VÅR AVDELING HAR DETTE SKJEMAET 3 SIDER: EN FELLES, EN FOR KVINNEN OG EN FOR MANNEN. VI BEKLAGER ULEMPENE OG MERARBEIDET OPPDELINGEN MEDFØRER, MEN BER OM AT ALLE TRE SIDER FYLLES UT OG SENDES SAMLET TIL OSS.

Generell historie kvinnen

Kvinnens navn:		Kvinnens f.nr
Høyde (cm):	Vekt (kg):	Hvis røyking: Ant. sig./dag: _____ Hvis snus: Ant. boks/uke: _____ Hvis alkohol: Ant. enheter _____ /uke.
Medikamenter (type/dose):		
Allergier:		
Tidligere sykdommer/operasjoner:		

Reproduktiv historie kvinnen

Menarche (år):	Menssyklus: <input type="checkbox"/> Regelm. <input type="checkbox"/> Uregelm.	Dager: /	Amenore (uker)					
Gynekologisk anamnese: <input type="checkbox"/> PID <input type="checkbox"/> Residiverende UVI <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> SOS <input type="checkbox"/> Annet								
Har kvinnen gjennomgått behandling for ufrivillig barnløshet: <input type="checkbox"/> Stimulering <input type="checkbox"/> Inseminering <input type="checkbox"/> IVF/ICSI								
Tidligere graviditeter	Barn (år)	Ab spont (år)	Ab prov (år)	Ex uterin (år)				
Med aktuell partner								
Kvinnen m/ annen partner								
Evt. utført: <input type="checkbox"/> Laparoscopi <input type="checkbox"/> Rtg-HSG <input type="checkbox"/> HyCoSy <input type="checkbox"/> Laparotomi <input type="checkbox"/> Hysteroscopi								
Hvis ja, beskriv:								
Hormonanalyser dag 2-5 i syklus:		Andre hormonanalyser:						
LH	FSH	Østradiol	TSH	Prolaktin	AMH			
Gynekologisk undersøkelse:								
Ultral lyd:								

Generell historie partner

Partners navn:		Partners f.nr
Høyde (cm):	Vekt (kg):	Hvis røyking: Ant. sig./dag: _____ Hvis snus: Ant. boks/uke: ____ Hvis alkohol: Ant. enheter _____ /uke.
Medikamenter (type/dose):		
Allergier:		
Tidligere sykdommer/operasjoner:		

Reproduktiv historie mannen

Kusma som voksen <input type="checkbox"/>	Retentio testis <input type="checkbox"/>	Underlivsinf. <input type="checkbox"/>	Genital skade <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, beskriv:				
Tidligere graviditeter	Barn (år)	Ab spont (år)	Ab prov (år)	Ex uterin (år)
Mannen m/ annen partner				
Sædprøve (dato):				
Volum (ml)	Konsentrasjon (10^6 /ml)	Tot. antall motile sædceller (10^6)	Prosent motile sædceller (%)	