

HENVISNING TIL ASSISTERT BEFRUKTNING

Navn kvinne		Navn mann	
Person nr		Person nr	
Adresse:		Adresse:	
Postnr. Sted		Postnr. Sted	
Mobiltof. Kvinne		Mobiltof. Mann	

Informasjon om paret				
	Fødsler	Sp. abort	Prov. abort	Ex. U.
Aktuelle forhold				
Kvinnen: tidligere				
Mannen: tidligere				
Medisinsk og psykososial egnet : (Må utfylles)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Kommentar:				

Kvinnen							
Menstruasjon intervaller/blødning:		/		Prevensjon seponert år:		Røyk ant. per dag	
Allergier:	Høyde:	Vekt:	BMI:				
Tidligere sykdommer:			Medikamenter:				
GU:							
Ultralyd : Endometrium (patologi beskrives f.eks polypper)			Uterus: myomer, hydrosalpinx, annet.				
Hø ovarium størrelse		Antall antral follikler:		Ve ovarium størrelse		Antall antral follikler:	
Andre undersøkelser/utredning (legg ved kopi av eventuelle operasjonsbeskrivelser)							
Laparoskopi:							
Hysteroskopi:							
Annet:							

EQS dokument. "Henvisning til assistert befruktning" nr 14484, versjon 2.1

Kvinnen									
Hormonprøver (tas syklusdag 3 – vedlegg gjerne kopi) Ved regelmessig menstruasjon bare prøver merket *									
AMH	*	FSH	*	LH	*	Ø2	*	Ved uregelm mens ta →	
TSH		Prolaktin		Testosteron		SHBG		Fast glucose	
Insulin C-peptid		HbA1c		Androstendion		DHEAS			

Mannen

Sædprøver (**to prøver** ved klart nedsatt kvalitet) legg ved kopi

Dato	Volum (ml)	Konsentrasjon (mill/ml)	Motilitet (% eller antall progressivt motile)
Prøve nr 1			
Prøve nr 2			
Annet:			

Undersøkelse mannen:	Høyde:	Vekt:	BMI:	Røyk ant. per dag
Allergier:		Medikamenter:		
Tidligere sykdommer:				
Annet:				

Tentativ infertilitetsårsak(er):

Henvisende leges navn og adresse:	
Dato	Underskrift og stempel

EQS dokument. "Henvisning til assistert befruktning" nr 14484, versjon 2.1