

Konsultationsremiss livmodertransplantation

Remissdatum: _____

Remitterande läkare

Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress
Enhet/sjukhus	Region

Patient

Namn	Personnummer
Partner, namn	Partner, personnummer
Adress	Postnummer
Telefonnummer	Ort
Giftn/sambo (skrivna på samma adress) i minst 2 år? Nej ☐ Ja ☐	Gemensamt barn (=båda juridiska föräldrar) Nej ☐ Ja ☐
Tolkbehov Nej ☐ Ja ☐ Språk:	

Längd	Vikt	BMI
Livmoderfaktorinfertilitet		
Orsak:		
Tidigare/nuvarande sjukdomar:		
Pågående medicinering:		
Tidigare operationer Nej ☐ Ja ☐ Om ja, för vad?		
Blodgrupp: ☐ A ☐ AB ☐ B ☐ O		

Donator

Finns donator? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilken relation till patient?

Uppgifter om donator

Namn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer		
Tolkbehov Nej ☐ Ja ☐ Språk:		

Längd	Vikt	BMI
Antal födda barn:		
Tidigare/nuvarande sjukdomar:		
Pågående medicinering:		
Tidigare operationer Nej ☐ Ja ☐ Om ja, för vad?		
Blodgrupp: ☐ A ☐ AB ☐ B ☐ O		

Bifoga kopia av relevanta journalanteckningar och provsvar, inkl. blodgruppering på mottagare och donator

Remiss skickas till:
 Kvinnokliniken Sahlgrenska
 Universitetssjukhuset UTx koordinators/Anna-
 Karin Thölin
 Admin, plan2
 Blå Stråket 6
 413 45 Göteborg
 Eller via fax: 031-41 87 17