

Konsultationsremiss livmodertransplantation

Remissdatum: _____

Remitterande läkare/klinik

Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress
Enhet/sjukhus	Region

Patient

Namn		Personnummer
Partner, namn		Partner, personnummer
Adress		Postnummer
Telefonnummer		Ort
Gifta/sambo (skrivna på samma adress) i minst 2 år? Nej ☐ Ja ☐		Gemensamt barn (=båda juridiska föräldrar) Nej ☐ Ja ☐
Tolkbbehov 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		
AMH-värde: _____pmol/l	Datum:	

Uppgifter om donator

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer	Ort
Telefonnummer			
Vilken relation har donator till patient?			
Tolkbehov Nej ☐ Ja ☐ Språk:			
Längd	Vikt	BMI	
Antal födda barn:			
Antal kejsarsnitt:			
Menopausal status: ☐ Premenopausal ☐ Postmenopausal Om postmenopausal, år för sista menstruation: _____			
MHT (menopausal hormonterapi): Nej ☐ Ja ☐			
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 koordinator/Anna-Karin Thölin

Admin, plan2

Blå Stråket 6

413 45 Göteborg

Eller via fax: 031-41 87 17