

Konsultationsremiss livmodertransplantation

Remissdatum: _____

Remitterande läkare

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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gemensamt barn (=båda juridiska föräldrar) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tolkbehov Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:	

Längd	Vikt	BMI
Livmoderfaktorinfertilitet Orsak:		
Tidigare/nuvarande sjukdomar:		
Pågående medicinering:		
Tidigare operationer Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, för vad?		
Blodgrupp: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O		

Donator

Finns donator? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken relation till patient?

Uppgifter om donator

Namn	Personnummer	
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefonnummer		
Tolkbehov Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:		

Längd	Vikt	BMI
Antal födda barn:		
Tidigare/nuvarande sjukdomar:		
Pågående medicinering:		
Tidigare operationer Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, för vad?		
Blodgrupp: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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