

## Remiss Reproduktionsmedicin

Grå fält skall vara ifyllda för att remissen ska handläggas. Om uppgifter saknas kommer remissen att återsändas.

### Remissorsak

<input type="checkbox"/> IVF	<input type="checkbox"/> PGT	<input type="checkbox"/> Andrologisk utredning
<input type="checkbox"/> Spermiedonation	<input type="checkbox"/> Äggdonation	<input type="checkbox"/> Annat
Namn		
Personnummer 12 siffror (ååmmdd-xxxx)		Ålder i år vid remisstidpunkten
Partner, namn		
Personnummer 12 siffror (ååmmdd-xxxx)		Ålder i år vid remisstidpunkten
Gatuadress		
Postnummer/ort		
Telefon		Telefon arbete
Partner, telefon		Partner, telefon arbete
Tolkbehov? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Språk:
Stadigvarande relation minst 2 år? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Psykosocial anamnes beaktad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gemensamt barn (=båda är juridiska föräldrar)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Infertilitetsvarighet (år/månader):		
Komorbiditet och övrig anamnes av betydelse för utredningen:		
Bedömning infertilitetsorsak:		

<b>Kvinnan</b>		
Längd:	Vikt:	BMI:
Infertilitetsutredning utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Tubarfunktionstest (lap.scopi/HyCoSy/HCG) utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Anmärkning?	Datum?	
Kavitetsundersökning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Anmärkning?	Datum?	
AFC höger:	AFC vänster:	
Anmärkning?	Datum:	
Ovalution kontrollerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, hur?		
AMH:	Datum:	
Prolaktin (viloprov):	Ref. värde:	Datum:
Thyroideafunktion kontrollerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Datum:	
TSH:	Fritt T4:	TPO-antikroppar:
Klamydiaantikroppstest utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Resultat?	Datum:	
PCR utfört? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Resultat?	Datum:	
Infektionsscreening utförd (hiv, hepatit B, anti-HBc, IgG, hepatit C, rubella, HTLV 1 och II samt syfills Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, normala prover? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, resultat?	Datum:	
Kromosomanalys utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, resultat:	Datum:	

Behandling som utförts i aktuell relation: <input type="checkbox"/>	Behandling som utförts i tidigare relationer: <input type="checkbox"/>
Letrozol	
Antal behandlingar?	Var?
När?	Resultat?
Gonadotropinbehandling	
Antal behandlingar?	Var?
När?	Resultat?
IVF	
Antal behandlingar:	Var?
När?	Resultat?
<b>Partner</b> Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Ingen partner <input type="checkbox"/>	
För män: Spermaprov lämnat? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja, resultat?	
För män: Andrologisk utredning utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja, resultat?	
För män: Kromosomanalys utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja, resultat?	
För män: Infektionsscreening skall göras under utredning och bifogas remiss Normala prover? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja, resultat?	
Remissdatum	Remitterande läkare:
	Adress:

För remiss direkt till assisterad befruktning (IVF/ICSI, AIH, donation ägg/spermier) eller andrologisk utredning krävs:

- Infektionsscreening enligt ovan. Bifoga journalkopia
- HSS = HyCoSy. Om klar manlig faktor är hydrosonografi av uterus-kaviteten tillräckligt
- Kromosomanalys av mannen om spermiekoncentration <4 miljoner/ml vid upprepad provtagning

**Remissen skickas till: Remissportalen  
Torggatan 1 A  
431 35 Mölndal**

Bifoga även kopia av relevanta journalanteckningar och provsvar.