

Remiss för akut fertilitetsbevarande åtgärd - kvinnor

(Om patienten har fler än 2 barn får fertilitetsbevarande åtgärd göras i privat regi)

Remissen faxas till 010-168 70 71

Patientuppgifter

Namn:
Personnummer:
Telefon:
Tolkbehov: ☐ Ja ☐ Nej Om ja, språk?

Remitterande enhet

Klinik:
Ansvarig läkare:
Direkttelefon:
Kontaktsjuksköterska telefonnummer:

Klinisk information

Diagnos:
Prognosbedömning: ☐ God ☐ Dålig ☐ Svårbedömd
Patienten inlagd på vårdavdelning? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, allmäntillstånd?

Planerad cancerbehandling

Behandlingstyp: ☐ Cytostatika ☐ Strålbehandling ☐ Kirurgi ☐ Immunterapi ☐ Annat
Regim/preparat:
Planerad behandlingsstart (datum):
Uppskattad gonadotoxicitet: ☐ Hög ☐ Måttlig ☐ Låg ☐ Okänd
Möjlighet att skjuta upp behandling 3 veckor? ☐ Ja ☐ Nej Om nej – max dagar?

Anamnes

Tidigare och nuvarande sjukdomar:
Aktuella läkemedel:
Allergi eller överkänslighet:
Tidigare graviditeter ☐ Ja ☐ Nej Om ja, antal barn?
Infektionsscreening utförd (HIV, HTLV1+II, Syfilis, Hepatit B+C. <u>Prov ska tas direkt av remittent</u> , giltiga i högst 3 månader) ☐ Ja, datum:
Känd smitta? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, vilken?

Patientinformation och önskemål

Patienten är informerad och införstådd i att denna remiss är skickad? ☐ Ja ☐ Nej
Aktuell barnönskan? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Osäker
Patienten informerad om infertilitetsrisk? ☐ Ja ☐ Nej
Patienten önskar fertilitetsbevarande åtgärd? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Osäker