

Remiss för akut fertilitetsbevarande åtgärd - män

Allmänna förutsättningar för fertilitetsbevarande åtgärd inom offentlig vård:

1. Behandling planeras som kan påverka fertiliteten negativt
2. Patienten är <55 år
3. Patienten har inte fler än 2 barn

Remissen faxas till 010-168 70 71

Patientuppgifter

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

Remitterande enhet

Klinik:
Ansvarig läkare:
Direkttelefon:
Kontaktsjuksköterska telefonnummer:

Klinisk information

Diagnos:
Prognosbedömning: ☐ God ☐ Dålig ☐ Svårbedömd
Patienten inlagd på vårdavdelning? ☐ Nej ☐ Ja
Är patienten transportabel? ☐ Nej ☐ Ja

Planerad cancerbehandling

Behandlingstyp: ☐ Cytostatika ☐ Strålbehandling ☐ Kirurgi ☐ Immunterapi ☐ Annat
Regim/preparat:

Planerad behandlingsstart (datum):
Uppskattad gonadotoxicitet: ☐ Hög ☐ Måttlig ☐ Låg ☐ Okänd

Övrig anamnes av betydelse

Tidigare/nuvarande sjukdomar:
Annat:
Infektionsscreening (tas av inremitterande för snabbast handläggning) (HIV, HTLV1-ak, HTLV2-ak, WR/Syfilis, anti-HBc, HBsAg, anti-HCV. Prov taget (datum):
Känd smitta? ☐ Nej ☐ Ja Om ja, vilken?

Patientinformation och önskemål

Patienten informerad om infertilitetsrisk? ☐ Ja ☐ Nej
Patienten önskar fertilitetsbevarande åtgärd? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Osäker