

Beställningsblankett spermaundersökning KK NU

Beställare Avd/mottagning/läkare	Patientuppgifter (man) Namn och personnummer: ÅÅÅÅMMDD-XXXX <i>Använd helst en förtryckt etikett!</i>
--	--

Undersökningsorsak (fylls i av beställaren)

Infertilitetsutredning

Sterilisering (vasektomi)

Sterilisering utförd, datum: _____

Patientinformation inför spermaundersökning

Undersökningen utförs på **Klinisk kemi (KK) NÄL**

Boka tid för inlämning av provet på telefonnummer: **010-435 27 01**

Information om provtagning

- Du bör inte ha haft utlösning 3 dygn innan provtagningsdagen.
- Tvätta penis med tillbakadragen förhud med ljummet vatten **UTAN TVÅL**.
- Kondom får **inte** användas. Utlösningen placeras i speciellt provtagningsrör. Det är viktigt att få med hela mängden.
- Märk provet med etikett innehållande namn och personnummer.
- Provet lämnas till Klinisk kemi NÄL: Målpunkt F Plan 3 **inom 1 timma**. Hinner du inte lämna provet inom angiven tid finns en provtagningsstolett att tillgå på plats.
- Provet är känsligt för kyla och ska förvaras intill kroppen under transporten till Klinisk kemi NÄL.

Lämna provet i receptionen på Klinisk Kemi, NÄL: Målpunkt F, Plan 3

Tidpunkt för utlösning: _____ Datum: _____ Tid: _____

Provet inlämnat på Klinisk kemi NÄL: Datum: _____ Tid: _____

Har du haft feber de senaste 4 veckorna: **Ja / Nej**

Undersökningsresultat:	
Sperma-Volym: _____ mL	Agglutination: 0 1 2 3
Sperma-Viskositet: Vattnig ¹ / Normal ² / Viskös ³	Kommentar:
Progressivt rörliga spermier: _____ %	Koncentration: _____ x10 ⁶ /mL
Spermier-Rörl.grad (%): 0: 1: 2: 3:	Spermier-Levande (vitalfärgning): _____ %
Runda celler: <input type="checkbox"/> Lite förhöjt <input type="checkbox"/> Mkt förhöjt	Kommentar (fortsättning):
Leukocyter: <input type="checkbox"/> Lite förhöjt <input type="checkbox"/> Mkt förhöjt	
VGR-ID utförande BMA:	Datum: