|  |  |
| --- | --- |
| Kvinnans namn | Personnummer |
| Ev. partners namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer:  E-mail adress: |
| Civilstånd Gift/sambo Ensamstående | |
| Yrke/sysselsättning: | Längd ………… cm  Vikt ……………. Kg |
| Var är du född (land)? | Geografiskt ursprung (var härstammar du från)? |
| Allvarliga/kroniska/ärftliga sjukdomar i närmaste familjen? Ja Nej  Om ja, vilka? | |
| **Tidigare/nuvarande sjukdomar** | |
| Blodpropp Ja Nej | Hjärtsjukdom Ja Nej |
| Blödningsbenägenhet Ja Nej | Lungsjukdom Ja Nej |
| Buk- eller gynekologisk operation Ja Nej | Njursjukdom Ja Nej |
| Depression (behandlad) Ja Nej | Reumatisk sjukdom Ja Nej |
| Diabetes Ja Nej | Sköldkörtelsjukdom Ja Nej |
| Gulsot (hepatit) Ja Nej | Medfödd missbildning på något organ Ja Nej |
| Gynekologisk sjukdom Ja Nej | Andra sjukdom, allergier mm Ja Nej |
| Tar du några mediciner? Ja Nej  Om ja, vilka? | Har du några läkemedelsallergier? Ja Nej Om ja, mot vad? |
| Är du vaccinerad mot: Röda hund Ja Nej Hepatit B Ja Nej | |
| **Riskbeteenden (krav från Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:30))** | |
| Alkohol Ja Nej  Om ja, hur mycket intar du/vecka: | Rökning Ja Nej Cigaretter/dag: |
| Anabola steroider eller droger Ja Nej | Snus Ja Nej Dosor/vecka: |
| Har du rest utomlands det senaste året? Ja Nej  Om ja, när och var? | |
| Har du vårdats eller utfört vårdarbete utomlands? Ja Nej  Om ja, när och var? | |
| Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta (t.ex. injektionsmissbruk)? Ja Nej | |
| Har du varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta? Ja Nej | |
| **Inför utredningen** | |
| Hur är din menscykel?  Regelbunden (antal dagar från mensstart till nästa mensstart):  Oregelbunden:  Senaste mens?  Har du använt ägglossningstest? Hur utföll testet? Positivt Negativt | |
| När tog du ditt senaste cellprov: År Var det normalt? Ja Nej  Är du behandlad för cellförändringar (koniserad)? Ja Nej Om ja, när? | |
| Har du genomgått någon infertilitetsutredning, hormonbehandling eller IVF-behandling? Ja Nej  Om ja, när och vilken klinik? | |
| Om relevant, ange antal: Graviditeter Missfall Aborter | |
| Har du barn? Ja Nej  Om ja, antal barn? Var förlossningen normal? | |

|  |
| --- |
| **Genom min underskrift intygar jag att:**   * Den information jag har lämnat är sanningsenlig * Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredställande svar * Jag har förstått att redan befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som ska bära graviditeten) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling |
| **Datum och Namnteckning** |