|  |  |
| --- | --- |
| Kvinnans namn | Personnummer |
| Ev. partners namn  | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer:E-mail adress: |
| Civilstånd Gift/sambo Ensamstående  |
| Yrke/sysselsättning: | Längd ………… cmVikt ……………. 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** |