

## Standardremiss - Utredning och behandling av infertilitet

Röd markering i vänsterkanten = uppgiften behövs för att handlägga remissen

**Remiss för:**

Vidare utredning av infertiliteten <input type="checkbox"/>	Gonadotropinbehandling <input type="checkbox"/>	PGD <input type="checkbox"/>
Habituell abortutredning <input type="checkbox"/>	Makeinsemination <input type="checkbox"/>	Äggdonation <input type="checkbox"/>
Andrologisk utredning <input type="checkbox"/>	IVF/ICSI <input type="checkbox"/>	Spermiedonation <input type="checkbox"/>
Namn		Personnummer
Partner, namn		Partner, personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Tfn bostad	Tfn arbete	Tfn mobil
	Partner, tfn arbete	Partner, tfn mobil
Tolksbehov Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk:		
Giftn/sambo (skrivna samma adress) Minst 2 år? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Psykosocial anamnes beaktad Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gemensamt barn (=båda juridiska föräldrar) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Övrig anamnes av betydelse för utredningen     		
<b>Kvinnan</b>		
Längd	Vikt	BMI
Infertilitetsutredning utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Om ja, ange nedan</b>		
Tubarfunktionstest (lap.scopi/HyCoSy/HSG) utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Kavitetsundersökning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Datum: .....		Datum: .....
Anmärkning: .....		Anmärkning: .....
Ovulation kontrollerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur:		
Datum FSH cykdeldag 2-5:	Datum AMH:	Datum Prolaktin (viloprov): (ref. värde: )
Thyreoideafunktion kontrollerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum:		
Värden? TSH: Fritt T4: TPO-antikroppar:		

Klamydiaantikroppstest utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Resultat: _____		
Infektionsscreening utförd (HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV I och II samt syfilis)? Normala prover? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om nej, vad: _____		
Kromosomanalys utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om ja, resultat: _____		
<b>Behandling som utförts i aktuell relation</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Behandling som utförts i tidigare relation</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Clomifencitrat</b>	<b>Gonadotropinbehandling</b>	<b>IVF</b>
Antal behandlingar .....	Antal behandlingar .....	Antal behandlingar .....
När .....	När .....	När .....
Var .....	Var .....	Var .....
Resultat .....	Resultat .....	Resultat .....
<b>Partner:</b> <b>Man</b> <input type="checkbox"/> <b>Kvinna</b> <input type="checkbox"/>		
<b>För män:</b>		
Spermaprov lämnat Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om ja, resultat: _____		
Andrologisk utredning Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om ja, vad: _____		
Kromosomanalys utförd? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om ja, resultat: _____		
Infektionsscreening utförd (HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV I och II samt syfilis)? Normala prover? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum: _____ Om nej, vad: _____		
Remissdatum	Remitterande läkare Namn: _____ Adress: _____	
Bedömning		

**För remiss direkt till assisterad befruktning (IVF/ICSI, AIH, donation ägg/spermier) eller andrologisk utredning krävs:**

- Att paret är sammanboende på gemensam adress i minst två år
- Infektionsscreening omfattande HIV, hepatit B, hepatit C, HTLV 1 och 2 samt syfilisserologi
- HSS = HyCoSy. Om klar manlig faktor är hydroskografi av uterus-kaviteten tillräckligt
- Kromosomanalys av mannen om spermiekoncentration <4 miljoner/ml vid upprepad provtagning

**Bifoga även kopia av relevanta journalanteckningar och provsvar**

(Remissen skickas till Remissportalen, Torggatan 1 A, 431 35 Mölndal)