

# Henvisning til assistert befruktning

Kvinnens personalia	Partners personalia	Samlivsform
Navn	Navn	<input type="checkbox"/> Ektefeller <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold
Fødselsnr (11 siffer)	Fødselsnr (11 siffer)	
Yrke	Yrke	
Felles adresse		Postnr      Sted
Kvinnens tlf.nr.	Partners tlf.nr.	

**Diagnose, henvisningsgrunn:**

--

**Parets reproduksjonsanamnese:**

Barneønske siden (år)	Tidligere fertilitetsbehandling (år, type, klinikk):	Tidligere graviditeter (antall, år):						
			Aktuelt forhold	Fødsler	Sp.ab.	Prov.ab.	Ex.U.	

**Medisinsk og psykososial vurdering. Må besvares.**

Ut fra en medisinsk og psykososial helhetsvurdering, forventes det at paret er egnet til å gjennomgå assistert befruktning, svangerskap, fødsel og ha omsorg for et barn?

 Ja

 Nei

**Kommentar:**

--

**Språkforståelse. Må besvares.**

Behandlingen innebærer selvadministrasjon av medisiner og telefonkonsultasjoner, som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan paret kommunisere på norsk eller engelsk?

 Ja

 Nei

**Kommentar:**

--

**Obligatoriske infeksjonsprøver hos kvinnen:**

HIV	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Hepatitt B	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Hepatitt C	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Rubella	<input type="checkbox"/> IgGpos	<input type="checkbox"/> IgGneg

**Obligatoriske infeksjonsprøver hos partner:**

HIV	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Hepatitt B	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ
Hepatitt C	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ

**Andre prøver av kvinnen**
 TSH    fT4    TPO    TRAS

**Kopi av prøvesvar må vedlegges. Obligatoriske infeksjonsprøver for HIV, hepatitt B og hepatitt C må gjentas årlig hos par som gjennomgår assistert befruktning.**

**Opplysninger om kvinnen:**

Høyde	Allergi	Menarche (år)	<b>Endokrin status</b> (ved alder over 35 eller mindre enn 4 follikler per ovarium)	FSH syklusdag 2-3	AMH
Vekt	Tobakk	Syklus (dager) <input type="checkbox"/> regelmessig <input type="checkbox"/> uregelmessig			
BMI	Alkohol	Ovulasjon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Ved uregelmessige/sjeldne blødninger tas i tillegg på syklusdag 2-3 LH, østradiol, prolaktin, TSH, fritt T4, testosteron, SHBG					
Generell anamnese, status, medisiner, andre relevante blodprøver					
Gynekologisk anamnese og status – VVP – bimanuell palp – UL – cytologi					
Tubefunksjon - hvis utført (år)	Metode <input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> laparoskopi <input type="checkbox"/> ultralyd-perfusjon	Høyre <input type="checkbox"/> åpen <input type="checkbox"/> lukket	Venstre <input type="checkbox"/> åpen <input type="checkbox"/> lukket		
Laparoskopi - hvis utført (år)	Funn (operasjonsbeskrivelse må vedlegges)				

**Opplysninger om partner:**

Høyde	Allergi	Hos mannlig partner: sædprøver (prøvesvar må vedlegges)			
Vekt	Tobakk	År, laboratorium	Volum (ml)	Konsentrasjon (M/ml)	Motilitet (total/rask %)
BMI	Alkohol	Nr 1.			
		Nr 2.			
		Annet avvik			
Generell anamnese, status, medisiner					
Hos mannlig partner: relevante urogenitale funn, endokrin eller genetisk analyse					

**Henvissende lege**

Dato	Underskrift
------	-------------