

Fylls i av KVINNAN

Kvinnans namn:		Personnummer:	
Ev Partners namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer: Mailadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, sedan hur länge?			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Om du har en partner, hur länge har ni varit ett par?			
Hur länge har du/ni försökt/önskat få barn tillsammans?			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar: om ja, beskriv och sedan när.			
Blodpropp	Nej / Ja	Lungsjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Bukoperation	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gynekologisk sjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Gynekologisk operation	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja		
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka:		Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , mot:	
Har du tidigare haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du tagit blodförtunnande, ex i form av fragmin, trombyl, innohep, eliquis, xarelto, klexane? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du någon ärftlighet för blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> I så fall vad?			
Är du vaccinerad mot: Röda hund Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hepatit B Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Röda hund-vaccin ingår i barnvaccinationsprogrammet)			
Har du vaccinerat dig mot något utöver ovan och det som ingår i vaccinationsprogrammet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
När tog du ditt senaste cellprov/cytologprov: År: Normalt: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Mensintervall = antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:			
Datum för senaste mens första dag:		Om du har använt ägglossningstest: Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Om du använder ägglossningstest, vilken dag i cykeln brukar det oftast utfalla positivt?			
Har ni några gemensamma graviditeter:			
Totalt antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap: Abort:
Graviditeter i tidigare relation:			
Totalt antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap: Abort:
Var eventuell graviditet och förlossning normal? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om nej, på vilket sätt?			
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning, hormonbehandling eller IVF-behandling tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, på vilken klinik: När: Antal behandlingar:			

Var god vänd, fortsättning på baksidan.

Frågor om dina nuvarande levnadsvanor, från idag och 6 månader bakåt: (krav på frågor från IVO, inspektionen för vård och omsorg)			
Rökning (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ cigaretter/dag	Anabola steroider eller droger (nuvarande och tidigare)	Nej / Ja
Snus (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ dosor/vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för blodsmitta?	Nej / Ja
Alkohol (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ standardglas /vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta?	Nej / Ja
Hur många sexualpartners har du haft det senaste halvåret?			stycken
Kommer du eller dina föräldrar från, eller har du tidigare i livet haft en intim relation med en person från något av följande områden: Syd- och Mellanamerika, Afrika, Iran, Japan, Rumänien, Karibien, någon av de små ögrupperna i Oceanien (Solomonöarna mfl)?			Nej / Ja
Har du de senaste 6 månaderna vistats utomlands? Om ja, när, var och hur länge?		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands: Om ja, när och var:		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 6 månaderna råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse som medfört sjukhusvård? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
Har du de senaste 6 månaderna genomgått icke-kirurgiska medicinska ingrepp (ex.vis kosmetiska procedurer, tatuering, piercing, akupunktur, blodtransfusion) eller icke medicinska ingrepp (ex.vis skönhetsoperationer)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			

Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation <input type="checkbox"/> Via annan klinik <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jag godkänner att Göteborgs IVF-klinik får kontakta mig gällande uppmaning till att skriva en recension.
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina provsvar från annan vårdgivare.
Jag intygar att jag förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via biologiskt material till den som avser att bära barnet vid assisterad befruktning (och eventuella barn som uppkommer via fertilitetsbehandling). Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.
Datum och namnteckning