

Fylls i av MANNEN

Mannens namn:		Personnummer:	
Ev partners namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer: Mailadress:	
Civilstånd: Gift ☐ Sammanboende ☐ Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, sedan hur länge?			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Hur länge har ni varit ett par?			
Hur länge har ni som par försökt få barn tillsammans?			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar: Om ja, beskriv och sedan när.			
Blodpropp	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Buk- el. genital-operation	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Lungsjukdom	Nej / Ja		Nej / Ja
Tar du några mediciner: Nej ☐ Ja ☐ Om ja vilka:		Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej ☐ Ja, mot:	
Har du tidigare haft blodpropp? Nej ☐ Ja ☐			
Har du tagit blodförtunnande, ex i form av fragmin, trombyl, innohep, eliquis, xarelto, klexane? Nej ☐ Ja ☐			
Har du någon ärftlighet för blodpropp? Nej ☐ Ja ☐ I så fall vad?			
Är du vaccinerad mot: Påssjuka Nej ☐ Ja ☐ Hepatit B Nej ☐ Ja ☐ (Påssjuka-vaccin ingår i barnvaccinationsprogrammet)			
Har du vaccinerat dig mot något utöver ovan och det som ingår i vaccinationsprogrammet? Nej ☐ Ja ☐ , beskriv:			
Känner du ömhet i testiklar/pung: Nej ☐ Ja ☐			
Har ni några gemensamma graviditeter: Totalt antal graviditeter: Barn:		Graviditeter i tidigare relation: Totalt antal graviditeter: Barn:	
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling tidigare? Nej ☐ Ja ☐ Om ja på vilken klinik: När: Antal behandlingar:			
Har du lämnat spermaprov: Nej ☐ Ja ☐ Om ja, när:			
Bedömdes spermaprovet som normalt vid det tillfället: Nej ☐ Ja ☐			

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 ☐ Ja ☐	
Har du de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands? Om ja, när och var:		Nej ☐ Ja ☐	
Har du de senaste 6 månaderna råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse? Nej ☐ Ja ☐ , 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 ☐ Ja ☐ , beskriv:			

Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation ☐ Via annan klinik ☐ Sociala medier ☐ Google ☐ Annat ☐ , beskriv:
☐ 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 och att jag inte utelämnat något. ☐ Jag intygar att informera min läkare om något nytt tillkommit efter idag och fram till behandling.
Datum och namnteckning