

Postadresse:  
Fertilitetsavdelingen Sør  
Sykehuset Telemark HF  
Postboks 2900 Kjørbekk  
3710 Skien

Besøksadresse:  
Fertilitetsavdelingen Sør  
Aallsgate 41  
3922 Porsgrunn

Telefon: 35005820  
Telefaks: 35005827  
Elektronisk meldingstjeneste:  
CRYPHO, se våre nettsider på  
www.sthf.no for informasjon.

## Henvisning til utredning ved Fertilitetsavdelingen Sør

### Personalialia

Kvinnens navn	
F.nr.	
Mannens navn	
F.nr.	
Adresse	
	Tlf ♀
	Tlf ♂

### Om paret

Ut fra en medisinsk/psykososial vurdering, forventes det at paret er egnet til å gjennomgå assistert befruktning, svangerskap, fødsel og ha omsorg for et barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Samlivsform: Ektefeller <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold <input type="checkbox"/>
Fertilitetsbehandling innebærer ofte selvadministrasjon av medisiner og telefonkonsultasjoner som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan paret kommunisere på norsk eller engelsk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Barneønske siden (år): _____ Regelmessig coitus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

### Henvisende lege

Dato	Underskift/adresse/stempel/telefon

**FOR Å IVARETA FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL VED VÅR AVDELING HAR DETTE SKJEMAET 3 SIDER: EN FELLES, EN FOR KVINNE OG EN FOR MANN. VI BEKLAGER ULEMPENE OG MERARBEIDET OPPDELINGEN MEDFØRER, MEN BER OM AT ALLE TRE SIDER FYLLES UT OG SENDES SAMLET TIL OSS.**

### Generell historie kvinnen

Kvinnens navn:		Kvinnens f.nr
Høyde (cm):	Vekt (kg):	Hvis røyking: Ant. sig./dag: _____ Hvis snus: Ant. boks/uke: _____ Hvis alkohol: Ant. enheter _____ /uke.
Medikamenter (type/dose):		
Allergier:		
Tidligere sykdommer/operasjoner:		

### Reproduktiv historie kvinnen

Menarche (år):	Menssyklus: <input type="checkbox"/> Regelm. <input type="checkbox"/> Uregelm.	Dager: /	Amenore (uker)					
Gynekologisk anamnese:	<input type="checkbox"/> PID	<input type="checkbox"/> Residiverende UVI	<input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> SOS <input type="checkbox"/> Annet					
Har kvinnen gjennomgått behandling for ufrivillig barnløshet:	<input type="checkbox"/> Stimulering	<input type="checkbox"/> Inseminering	<input type="checkbox"/> IVF/ICSI					
Tidligere graviditeter	Barn (år)	Ab spont (år)	Ab prov (år)	Ex uterin (år)				
Med aktuell partner								
Kvinnen m/ annen partner								
Evt. utført:	<input type="checkbox"/> Laparoscopi	<input type="checkbox"/> Rtg-HSG	<input type="checkbox"/> HyCoSy	<input type="checkbox"/> Laparotomi	<input type="checkbox"/> Hysteroscopi			
Hvis ja, beskriv:								
Hormonanalyser dag 2-5 i syklus:			Andre hormonanalyser:					
LH	FSH	Østradiol	TSH	Prolaktin	AMH			
Gynekologisk undersøkelse:								
Ultral lyd:								

### Generell historie mannen

Mannens navn:		Mannens f.nr
Høyde (cm):	Vekt (kg):	Hvis røyking: Ant. sig./dag: _____ Hvis snus: Ant. boks/uke: ____ Hvis alkohol: Ant. enheter _____ /uke.
Medikamenter (type/dose):		
Allergier:		
Tidligere sykdommer/operasjoner:		

### Reproduktiv historie mannen

Kusma som voksen <input type="checkbox"/>	Retentio testis <input type="checkbox"/>	Underlivsinf. <input type="checkbox"/>	Genital skade <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, beskriv:				
Tidligere graviditeter	Barn (år)	Ab spont (år)	Ab prov (år)	Ex uterin (år)
Mannen m/ annen partner				
Sædprøve (dato):				
Volum (ml)	Konsentrasjon ( $10^6$ /ml)	Tot. antall motile sædceller ( $10^6$ )	Prosent motile sædceller (%)	