

HÄLSODEKLARATION FÖR KVINNAN INFÖR IVF-BEHANDLING

Namn:..... Pers. nr:.....

Adress:.....

1. Har Du tidigare varit gravid? Ja ggr Nej
Har Du genomgått abort Ja ggr Nej
Har Du haft missfall? Ja ggr Nej
Har Du haft utomkvedshavandeskap? Ja ggr Nej
Har Du tidigare fött barn? Ja st Nej
2. Har Du någon graviditet med Din nuvarande man? st
Har Du fött barn i nuvarande relation?.....st
3. Har Du genomgått behandling för att bli gravid? Ja Nej
Om ja:
 IVF-behandling antal:.....
 Ägglossningsstimulering antal:.....
 Insemination antal:.....
4. Hur länge har Ni försökt få barn?.....
5. Hur lång är Du?.....cm Hur mycket väger Du?.....kg
6. Har Ni genomgått barnlöshetsutredning? Ja Nej Gjordes också undersökning av äggledarna?
Ja Nej Med vilken metod? Ultraljud Röntgen Titthålsoperation
Vad visade utredningen?.....
7. Röker Du? Ja Nej Om ja ange hur många:.....st cigaretter / dag
Snusar Du? Ja Nej Om ja ange hur många:dosor / vecka
8. Hur ofta kommer menssen? Regelbundet, vare dag. Oregelbundet,-.....e dag
9. Har Du genomgått någon gynekologisk operation? Ja Nej
Om ja, vad?.....
10. Ange eventuella sjukdomar:.....
11. Ange eventuella mediciner Du tar regelbundet:.....
12. Ange eventuella allergier:

Andra kommentarer.....

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

Tel hem.....

tel arbete.....

mobiltel.....