

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 ☐ Tittålsoperation ☐

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.....

E-postadress: