

STIMULATIONSRAPPORT TILL CARL VON LINNÉ KLINIKEN

FAX 018/55 80 11

Stim dag	Datum	Dos FSH	E2	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

E2 skickat till CvLK, datum_____

E2 skickat till lokalt lab, datum_____

Vi ordinerar och kontakter paret själva ☐

Vi vill ha förslag på ordination, men kontakter själva paret ☐

Vi vill att CvLK ordinerar, CvLK ringer paret ☐

Vi vill ha protokollet faxat i retur för feedback ☐

Sign_____

Klinik_____

Avser patient: Pers nr_____

Initialer_____

Agonist ☐ nedreglering i lutealfas ☐

nedreglering 1:a mensdag ☐

Antagonist ☐

GnRH-preparat:_____

FSH-preparat_____

hCG: Ovitrelle ☐ Pregnyl ☐

Lutealfas: Crinone ☐ Prog MIC ☐ Lutinus ☐

Dagens ultraljud:

antal folliklar, hö+vä ovarium

Datum			
Endo mm			
6-9 mm			
10-14 mm			
15-17 mm			
18-20 mm			
>20 mm			
Största follikel			
Sign dr			

tel_____

dag_____kl_____

Preliminär OPU:_____