

HÄLSODEKLARATION KVINNA INFÖR IVF

Namn:	Personnummer:
Partners namn (lämnas tomt om ensamstående):	Personnummer:

E-mail:	Telefon:
Yrke/sysselsättning:	

	Nej	Ja	Om ja, hur många cigaretter per dag?
Röker du?			

	Nej	Ja	Om ja, hur många dosor snus per vecka?
Snusar du?			

	Nej	Ja	Om ja, hur många glas per vecka?
Nyttjar du alkohol?			

	Nej	Ja	Om ja, vilka droger?
Nyttjar du droger?			

Längd:	Vikt:
---------------	--------------

Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar			Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar		
	Nej	Ja		Nej	Ja
Diabetes			Njursjukdom		
Hjärtsjukdom			Bukoperation		
Lungsjukdom			Gynekologisk sjukdom		
Blödningsbenägenhet			Gynekologisk operation		
Reumatisk sjukdom			Könssjukdom t ex klamydia		
Gulsot			Depression		
Blodpropp			Annan allvarlig sjukdom		

Gynekologisk hälsodeklaration

Antal år av ofrivillig barnlöshet:

Antal graviditeter i nuvarande förhållande:

Om du varit gravid i nuvarande förhållande ange antal barn, missfall, utomkvedshavandeskap och aborter:

Antal graviditeter i tidigare förhållande:

Om du varit gravid i tidigare förhållande ange antal barn, missfall, utomkvedshavandeskap och aborter:

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:

Datum för senaste mensens första dag:

	Nej	Ja	Om ja, vid vilken klinik och antal gånger? När?
Tidigare hormonbehandling			

	Nej	Ja	Om ja, vid vilken klinik och antal gånger? När?
Tidigare IVF-behandling?			

	Nej	Ja	Om ja, vilken?
Har du haft någon könssjukdom?			

	Nej	Ja	Om ja, vilken?
Har du någon kronisk sjukdom som kan vara smittsam?			

	Nej	Ja	Om ja, vilket land och vilken sjukdom?
Har du rest till något land de senaste 12 månaderna där risk för smittsamma sjukdomar, såsom tex Zikavirus, förekommer?			

	Nej	Ja	Om ja, när?
Är du vaccinerad mot Hepatit B?			

	Nej	Ja	Om ja, när och vilken sjukdom?
Har du de senaste 6 månaderna haft någon sexuell kontakt där du kan misstänka att du exponerats för smittsam sexuellt överförbar sjukdom?			

	Nej	Ja	Om ja, vilka?
Nyttjar du några mediciner?			

	Nej	Ja	Om ja, mot vad?
Är du allergisk mot något?			

	Nej	Ja	Om ja, vilket eller vilka?
Är du överkänslig mot läkemedel?			

	Nej	Ja
<i>Samtycker du till att C-Medical Fertilitet GynHälsan får ta del av journaler rörande dig och din hälsa från andra vårdgivare?</i>		

<i>Datum</i>	<i>Namnsteckning (lämnas tomt vid elektronisk signering)</i>
---------------------	---