

Remiss till RMC

Kvinnans persnr _____ Namn _____

Partners persnr _____ Namn _____

Indikation _____

Infertilitet i _____ år BMI kvinna _____ FSH cd 3 _____ Datum _____

TSH _____ Datum _____ AMH _____ Datum _____

Ovulation JA NejTubarpassage finns passage JA Nej Ej undersökt kontrollerad med HSS Laparoskopi med blåfärgSpermprov Normalt Ja Nej

Kommentar _____

Barn **i tidigare förhållande** **i aktuellt förhållande**Kvinnan JA Nej JA NejPartner JA Nej JA Nej**Screeningsprover** **Kvinnan** **Datum** **Partner** **Datum**

HIV _____

HBsAg _____

Anti-HBc _____

HCV _____

HTLVI/II _____

Lues _____

Rubella _____

Om Rubella immunitet saknas -vaccination rekommenderas.

Om HBsAg är positiv kontrollera HBeAg och anti HBe.

Tidigare behandlingar Stim Insemination IVF**Bifoga:** kopior på provsvar journalkopior specialistvårdsremiss

Datum _____ Dr _____

Klinik _____