

Fylls i av MANNEN

Mannens namn:	Personnummer:		
Ev partners namn:	Personnummer:		
Adress:	Telefonnummer: Mailadress:		
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, sedan hur länge?			
Yrke/sysselsättning:	Längd:	Vikt:	
Hur länge har ni varit ett par?			
Hur länge har ni som par försökt få barn tillsammans?			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar: Om ja, beskriv och sedan när.			
Blodpropp	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Buk- el. genital-operation	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Lungsjukdom	Nej / Ja		Nej / Ja
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka:	Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej <input type="checkbox"/> Ja, mot:		
Har du tidigare haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du tagit blodförtunnande, ex i form av fragmin, trombyl, innohep, eliquis, xarelto, klexane? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du någon ärftlighet för blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> I så fall vad?			
Är du vaccinerad mot: Påssjuka Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hepatit B Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Påssjuka-vaccin ingår i barnvaccinationsprogrammet)			
Har du vaccinerat dig mot något utöver ovan och det som ingår i vaccinationsprogrammet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
Känner du ömhet i testiklar/pung: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har ni några gemensamma graviditeter: Totalt antal graviditeter: Barn:	Graviditeter i tidigare relation: Totalt antal graviditeter: Barn:		
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja på vilken klinik: När: Antal behandlingar:			
Har du lämnat spermprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när:			
Bedömdes spermprovet som normalt vid det tillfället: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			

Var god vänd, fortsättning på baksidan.

Frågor om dina nuvarande levnadsvanor, från idag och 6 månader bakåt: (krav på frågor från IVO, inspektionen för vård och omsorg)			
Rökning (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ cigaretter/dag	Anabola steroider eller droger (nuvarande och tidigare)	Nej / Ja
Snus (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ dosor/vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för blodsmitta?	Nej / Ja
Alkohol (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ standardglas /vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta?	Nej / Ja
Hur många sexualpartners har du haft det senaste halvåret?			stycken
Kommer du eller dina föräldrar från, eller har du tidigare i livet haft en intim relation med en person från något av följande områden: Syd- och Mellanamerika, Afrika, Iran, Japan, Rumänien, Karibien, någon av de små ögrupperna i Oceanien (Solomonöarna mfl)?			Nej / Ja
Har du de senaste 6 månaderna vistats utomlands? Om ja, när, var och hur länge?		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands: Om ja, när och var:		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 6 månaderna råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse som medfört sjukhusvård? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
Har du de senaste 6 månaderna genomgått icke-kirurgiska medicinska ingrepp (ex.vis kosmetiska procedurer, tatuering, piercing, akupunktur, blodtransfusion) eller icke medicinska ingrepp (ex.vis skönhetsoperationer)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			

Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation <input type="checkbox"/> Via annan klinik <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> , beskriv:
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina provsvar från annan vårdgivare.
Jag intygar att jag förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via biologiskt material till den som avser att bära barnet vid assisterad befruktning (och eventuella barn som uppkommer via fertilitetsbehandling). Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.
Datum och namnteckning