

Søknad om assistert befruktning

Kvinnens navn:	Telefon:	Yrke:
Personnr:	Statsborgerskap:	Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk
Partners navn:	Telefon:	Yrke:
Personnr:	Statsborgerskap:	Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk
Adresse:		
Samlivsform: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold >2 år (Felles folkeregistrert adresse i 2 år eller annen dokumentasjon)		

Reproduksjonsanamnese paret

Antatt infertilitetsdiagnose:				Barneønske siden (år):	Regelmessig coitus: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Tidligere graviditeter med aktuell partner	Barn (år)	Ab.spont. (år)	Ab.prov. (år)	Ex.u.grav. (år)	Adopsjon (år)

Psykososial vurdering: MÅ BESVARES

Ut fra en medisinsk/psykososial vurdering, forventes det at paret er egnet til å gjennomgå assistert befruktning, svangerskap, fødsel og ha omsorg for et barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Behandlingen innebærer selvadministrering av medisiner og telefonkonsultasjoner over tid som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan paret kommunisere godt på norsk eller engelsk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
I henhold til Bioteknologilovens § 2-6 må alle som søker om assistert befruktning framlegge barneomsorgsattest (politiattest). Søknaden vil bli avvist dersom denne attesten ikke foreligger.

Henvisende lege

Sted/dato:	Underskrift/adresse/stempel/telefon:

For å ivareta personvernet ved vår seksjon har dette skjemaet 3 sider; én felles, én for kvinnen og én for mannen. Vi beklager merarbeidet oppdelingen medfører, men ber om at alle tre sider fylles ut og sendes samlet til oss

Anamnese kvinnen

Navn:			Personnr:		
Høyde (cm):	Vekt (kg):	KMI:	Hvis røyking, ant sig/dag:	Hvis snus, ant boks/uke:	
			Hvis alkohol, ant enh/uke:		
Faste medisiner (medikament, dose):					
Allergier:					
Sykdommer/ tidligere operasjoner:					

Gynekologisk anamnese

Menarche (år):	Menssyklus: <input type="checkbox"/> Regelmessig <input type="checkbox"/> Uregelmessig Dager: / Ovulasjon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bestemt med:	Siste mens (dato):					
<input type="checkbox"/> Laparaskopi <input type="checkbox"/> UL-vannscan <input type="checkbox"/> Hysteroscopi <input type="checkbox"/> HyCoSy <input type="checkbox"/> Laparotomi <input type="checkbox"/> Rtg-HSG	Hvis kryss, beskriv (evt legg ved operasjonsbeskrivelse):	<input type="checkbox"/> PID <input type="checkbox"/> Residiverende UVI <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> SOS Annet:					
Gynekologisk undersøkelse:	CervixCyt (år/resultat):	Ultralyd:					
Hormonanalyser dag 2-5 i syklus (dato):		Andre hormonanalyser (dato):					
LH:	FSH:	Østradiol:	TSH:	AMH:	Prolaktin:	Testosteron:	sHBG:
Andre relevante analyser:							

Reproduksjonsanamnese kvinnen

Tidligere graviditeter med annen partner	Barn(år):	Ab.spont.(år)	Ab.prov.(år)	Ex.u.grav.(år)	Adopsjon(år)
Har kvinnen gjennomgått behandling for ufrivillig barnløshet?		Stimulering	Inseminering	IVF	ICSI
Antall behandlinger/årstall					

Anamnese partner

Navn:			Personnr:		
Høyde (cm):	Vekt (kg):	KMI:	Hvis røyking, ant sig/dag: Hvis alkohol, ant enh/uke:	Hvis snus, ant boks/uke:	
Faste medisiner (medikament, dose):					
Allergier:					
Sykdommer/ tidligere operasjoner:					

Anamnese mann

<input type="checkbox"/> Retentio testis <input type="checkbox"/> Kusma som voksen <input type="checkbox"/> Underlivsinfeksjoner <input type="checkbox"/> Genital skade <input type="checkbox"/> Bruk av steroider		Hvis kryss, beskriv:			
Sædprøve, legg ved kopi av svar (dato):					
Volum (ml):	Konsentrasjon (10 ⁶ /ml)	Motile (%)		Raskt motile (%)	
Blodprøver (dato): NB! Tas kun på indikasjon					
Testosteron:	LH:	FSH:		Kromosomanalyse:	

Reproduksjonsanamnese partner

Tidligere graviditeter med annen partner	Barn (år)	Ab.spont. (år)	Ab.prov. (år)	Ex.u.grav. (år)	Adopsjon (år)