Remiss till spermieanalys

Remissinformation

Namn: _____ Personbeteckning: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Make: _____ Personbeteckning: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Den remitterande läkaren fyller i

Läkarens namn: _____

Fullständig svarsadress: _____

Orsak för analys:

☐ Ofrivillig barnlöshet, graviditetsförsök år _____. Patienten har _____barn.

☐ Maken har haft missfall i början av graviditeten _____ gånger.

☐ Annan orsak/ Varför? _____

Spermaprov har analyserats tidigare

Var och när? _____

Resultatet var då: Normalt ☐ Onormalt ☐

Tidsbokning

Efter att du fått en remiss för att **boka tiden så snabbt som möjligt** hos fertilitetslaboratoriet:

Måndag-fredag mellan klockan 8.00–10.00 telefon 02 313 2357

Ankomst till Fertilitetslaboratoriet

Åucs Fyrsjukhus 6 våningen, Gynekologiska mottagningarna K. Fertilitetslaboratorium, Keramikfabriksgatan 5, 20520 Åbo.

Provtagning

Det rekommenderas att provet tas i provtagningsrummet på Fertilitetslaboratoriet.

På provtagningsdagen skall det vara 2–7 dagar sedan förra ejakulationen.

Provet **tas genom att masturbera direkt i provburken**, gärna hela spermamängden i samma burk.

Om provet tas i hemmet ska det tas med till fertilitetslaboratoriet inom en timme efter provtagningen. Provet transporteras i en bröstficka så att provet inte kan svalna.

Provpaketet kan hämtas i från infodisken på Fyrsjukhusets gynekologiska mottagningarna K eller på Hälsovårdscentraler/laboratorier.

Fyll i följande information om provet:

- **Provet är taget:** ___ /___ 20____ kl _____ Hemma ☐ På sjukhuset ☐
- **Provet är totala mängden:** ☐Ja ☐ Nej, varför?_____
- **Provet tagits genom:** Masturbation ☐ Hur? _____

Har du haft eller blivit diagnostiserad med följande sjukdomar?

Nej Ja

□ □ Påssjuka _____ år gammal. □ Testikelinfektion i samband med detta

□ □ Andra testikelsjukdomar (t.ex. dold testikel, pungskada, testikelvridning):

Opererad som _____ åring

□ □ Prostatainfektion år _____

□ □ Bitestikel år _____

□ □ Skador / men vid pungarna år _____

□ □ Ljumskbråck år _____

□ □ Diabetes fr.o.m. år _____

Annan långvarig sjukdom, vilken? _____

_____

Mediciner du använt under det senaste året

Fyll i läkemedlets namn, styrka och dos, när du börjat och avslutat medicineringen.

_____

_____

Har du blivit utsatt för eller behandlat följande medel?

□ Nej, det har jag inte

□ Jag har blivit utsatt för:

□ Strålning

□ lösningsmedel

□ Bekämpningsmedel

□ Bly

□ Hormoner/Steroider

□ Annan främmande medel: _____

Rökning, under senaste 3 mån?

□ Röker inte,använder snus eller nikotinprodukter

□ Röker _____ cigarretter/dyng

Alkoholbruk, under senaste 3 mån?

□ Använder inte

□ doser/dag □ doser/vecka □ doser i månaden

(Med portion avses: 0,33 l flaska öl/cider/long drink, 1 glas/ 12 cl vin, 4 cl starksprit)

Drogbruk?

□ Har aldrig använt

□ Har använt nångång, när? _____

□ Använder, vad? _____

Datum: _____ **Underskrift:** _____