

Fertility Assessment Form



Formulär för bedömning av fertilitet

1st Partner Name Första partnernamn	
2nd Partner Name Andra partners namn	
Address Adress	
Email	
Phone Number Telefonnummer	
Marital Status <i>Civilstånd</i>	

	Date of Birth Födelsedatum	Blood Type Blodgrupp	Weight Vikt	Height Längd	Nationality Nationalitet	Ethnicity Etnisk bakgrund
1st Partner Partner 1						
2nd Partner Partner 2						

Type of treatment you are interested in Typ av behandling som ni är intresserad av	
Last menstrual period date if applicable Senaste menstruations datum	
Preferred treatment date/month Val av behandlings datum/månad	

Do you have a history of: Har ni någon bakgrund av :	YES Ja	NO Nej
Seizures Kramper		
Heart Disease Hjärtsjukdomar		
Diabetes Diabetes		
Lung Disease Lugn sjukdomar		
High Blood pressure Högt blodtryck		
Asthma Astma		
Stroke Stroke		
Hepatitis Hepatit		
HIV / AIDS HIV/AIDS		
Cancer Cancer		

If you have answered YES to any of the questions above, please explain the nature of your medical condition

Om du har svarat JA på någon av ovanstående frågor ,förklara ditt medicinska tillstånd

Do you have any known allergies?

Har du några kända allergier ?

Please list below any medications you or your partner are currently using

Var god och nämna alla mediciner som du eller din partner för närvarande använder i listan

Medication	Daily dose

Please list any previous surgeries:

Var god och nämna alla operationer som ni har genomgått förut

Are there any known genetic diseases running in your family? Har ni någon känd ärftliga sjukdomar i familjen

If YES, please specify/

Finns det några kända genetiska sjukdomar i din familj? Har ni någon känd ärftliga sjukdomar i familjen om JA ,ange .Var god och skriv i detaljer

Have you ever been pregnant? Har du varit gravid förut?	
Do you have any children? Har ni några barn?	
If yes, please mention age and gender Om ja nämna kön och ålder	
If yes, please specify natural birth or C-section Om ja ange om det har varit naturlig förlösnings eller kejsarsnitt	
If yes, are you breastfeeding or have recently stopped? Om ja ange om du ammar eller nyligen slutat amma	
Have you ever had a miscarriage? (or stillbirth) Har du haft missfall eller dött fött barn	
If yes to the above, please specify the number of miscarriages and stage of pregnancy when they occured. Om ja nämna antal missfall och under vilken vecka det inträffades	
Have you lost a child for other reasons? Har du förlorat barn av andra orsak	
Do you have regular menstrual cycles? Har du regelbunden menstruation	
How long is your normal cycle if regular? Hur länge är din normala mensperiod	
Do you use anything to regulate your cycles? Brukar du ta något för att mensmen blir regelbundet	

Have you had a recent ultrasound scan? If YES, please comment on findings (endometrial thickness, existence of fibroids/polyps or any other pathology)

Har du haft en ultraljudsskanning nyligen? Om ja vänligen kommentera fynd (endometrial tjocklek ,förekomst av fibroider/polypier eller annan patologi,(eller bifoga rapport)

Have you ever had any infertility testing and/or assessment? Please fill out the following table as accurately as you can if you have had any prior testing (and send original reports to us): Please include the measurements used.

Har du någon gång utrett och/eller gjort infertilitetsbedömning? Fyll i följande tabell så exakt som du kan om du har testat tidigare(eller bifoga resultatet till oss).

Female Testing / Kvinnans prover

Test Date Prov datum	FSH	LH	Estradiol	Prolactin	TSH	AMH

Male Testing/ Mannens prover

Please enter your semen analysis results if available (and send original reports to us):

Vänligen ange dina spermanalys resultat om tillgängligt (och bifoga rapporter till oss)

Test Date Provtagnin g datum	Volume	Count/concentration	Motility	Morphology	pH	Round cells

Please list your previous infertility treatment history if applicable (IUI or IVF treatments). Make sure to provide as much detail as possible such as medication used, dosage, number of eggs obtained, quality of eggs and embryos, number of embryos transferred etc. (Alternatively, attach your previous embryo reports

Se till att ge så mycket information som möjligt t.ex. mediciner som används, dosering, antal ägg som erhållits, kvalitet på ägg och embryo, antal överförda embryo etc. Bifoga dina tidigare embryorapporter om det finns