

# BUCK

## Gynekologi



<b>Kvinnans namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Mannens namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>		<b>Tel hem/mobiltelefon</b>	
<b>Civilstånd?</b> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		<b>Är ni folkbokförda på samma adress?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Yrke/sysselsättning</b>		<b>Längd</b> cm	<b>Vikt</b> kg
<b>Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?</b>			
<b>Rökning?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	<b>Snus?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Doser/vecka	<b>Alkohol?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gånger/vecka	<b>Droger?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
<b>Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			
<b>Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, för vad?			
Blodpropp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Buk- eller gynekologisk operation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Blödning/benägenhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gynekologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hjärt- eller lungsjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Njursjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gulsot (hepatit) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression (medicinskt behandlad) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Diabetes <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Tidigare steriliserad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Tar du några mediciner?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			
<b>Har du några allergier?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?			
<b>Mensintervall?</b> (antal dagar från mensens först dag till nästa mens första dag)			
<b>Senaste mens?</b>	<b>Har du använt ägglossningstest?</b>	<b>Hur utföll testet?</b> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
<b>Är du behandlad för cellförändringar?</b> (koniserad) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>När kontrollerades cellprov senast?</b>			
<b>Har du haft några underlivsinfektioner?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat			
<b>Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vid vilken klinik? När? Antal gånger?			
<b>Har ni några gemensamma graviditeter?</b>		<b>Antal graviditeter i annan relation?</b>	
Antal barn?		Födda år?	
Om ja, var graviditet och förlossning normal?			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (Skriv på baksidan)			