

KVINDENS SPØRGESKEMA

Kvindens navn	
Kvindens CPR	Oprindelsesland
Stilling	Gift/samboende/enlig?
Telefon privat mobil	Telefon arbejde
Partners navn	Partners CPR

Allergi

Er der nogle former for medicin du ikke kan tåle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken medicin og hvilken reaktion har du haft?
Er der noget andet du er overfølsom overfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvad er du overfølsom overfor og hvilken reaktion har du haft?

Medicin

Anvender du medicin (inkl. naturmedicin)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og for hvad?
Får du p-piller <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja: mærke.

Livsstil kvinden

Rygning / e-cigare?: Hvis ja, hvor mange? Evt. rusmidler? Hvilken form? Hvor ofte?	Alkohol: Antal genstande pr. uge?
Har du specielle kostvaner?	Hvilken form for motion dyrker du? Og hvor ofte?

Arvelige sygdomme hos dig selv eller dine forældre, søskende og evt. børn m.m.

Sukkersyge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken type?
Andre medfødte sygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke?
Er du og din mand beslægtede <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvordan?

Tidligere sygdomme og hospitalsindlæggelser

Årstal	Hospital	Sygdommens art

Graviditeter med tidligere eller nuværende partner

Har I fælles børn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvor længe har I forsøgt at opnå graviditet?
Spontan abort? Hvis ja, hvornår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Provokeret abort? Hvis ja, hvornår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Fødsel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvornår? Normal fødsel <input type="checkbox"/> Kejsersnit <input type="checkbox"/>
Graviditet uden for livmoderen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, blev æggelederen fjernet?

Tidligere behandling for barnløshed

Hormonstimulation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvor og hvornår?
Insemination? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvor og hvornår?
Reagensglasbefrugtning (IVF, ICSI)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvor og hvornår?

Menstruationsforhold

Alder ved første menstruation?	Kommer menstruationerne regelmæssigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Cykluslængde (antal dage fra din menstruation starter til næste menstruation starter).	Hvor mange dage varer menstruationen?
Dato for sidste menstruation	Tager du medicin mod menstruationssmerter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Højde og vægt

Højde (cm)	Vægt (kg)	BMI:
------------	-----------	------

Klamydia

Hvis ja, hvornår?	Underlivsbetændelse Hvis ja, hvornår?
-------------------	--

Har du fået foretaget nogle af nedenstående undersøgelser, og hvad viste de?

HSG (undersøgelse af passagen i æggelederne ved røntgenundersøgelse)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja: Hvad viste undersøgelsen?
HSU (undersøgelse af passagen af æggelederne ved vandskanning)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja: Hvad viste undersøgelsen?

MRSA

Arbejder du eller nogen i din husstand med levende svin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du inden for de sidste 6 mdr. været i behandling på hospital eller klinik udenfor Norden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidligere fået påvist MRSA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvornår er seneste podning foretaget?

Fortæl gerne med egne ord om omstændigheder i jeres samliv, som I mener har betydning for Jeres barnløshed. (Brug evt. bagsiden).

Dato**Underskrift****cpr.nr.**

PARTNERS SPØRGESKEMA

Partners navn	
Partners CPR	Oprindelsesland:
Stilling	Gift/samboende
Telefon privat mobil	Telefon arbejde
Kvindens navn	Kvindens CPR

Allergi

Er der nogle former for medicin du ikke kan tåle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvilken medicin og hvilken reaktion har du haft?
Er der noget andet du er overfølsom overfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvad er du overfølsom overfor og hvilken reaktion har du haft?

Medicin

Anvender du medicin (inkl. naturmedicin)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken og for hvad?
Brug af anabole steroider? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvornår?

Livsstil partner

Rygning / e-cigare?: Hvis ja, hvor mange? Evt. rusmidler?	Alkohol: Antal genstande pr. uge? Hvilken form for motion dyrker du?
Hvilken form? Hvor ofte?	Og hvor ofte?
Har du specielle kostvaner?	Er du i forbindelse med dit arbejde udsat for giftstoffer, fx sprøjtemidler, opløsningsmidler eller lignende. Hvis ja, hvilke?

Sygdomme i kønsorganerne

Har du haft klamydia? Hvis ja, hvornår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Andre infektioner eller skader på kønsorganerne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Manglende nedstigning af den ene eller begge testikler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Operation på penis, testikler eller for brok? Hvis ja, for hvad og hvornår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Graviditeter

Har du tidligere opnået graviditet med anden partner? Hvis ja, hvornår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Tidligere sygdomme?

Sukkersyge? Hvis ja, hvilken type? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kræftsygdom? Hvis ja, hvornår og hvilken type? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Andet? Hvis ja, hvad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Arvelige sygdomme hos dig selv eller dine forældre, søskende og evt. børn m.m.

Medfødte sygdomme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke?
--	------------------

Undersøgelse af sædkvalitet

Er din sædkvalitet undersøgt? <input type="checkbox"/> Ja Vedlæg kopi af svaret på denne undersøgelse, hvis den er foretaget andre steder end Fertilitetsklinikken, Sjællands Universitetshospital, Køge. <input type="checkbox"/> Nej
--

Højde og vægt

Højde (cm)	Vægt (kg)	BMI:
------------	-----------	------

MRSA

Arbejder du eller nogen i din husstand med levende svin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du inden for de sidste 6 mdr. været i behandling på hospital eller klinik udenfor Norden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidligere fået påvist MRSA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvornår er seneste podning foretaget?

Evt. uddybende bemærkninger:

Dato**Underskrift****cpr.nr.**