

Tilvísun sjúklinga til meðferðar

IVF/ICSI <input type="checkbox"/>	Tæknisæðing. <input type="checkbox"/>	Annað <input type="checkbox"/>
Nafn:		Kennitala:
Nafn maka:		Kennitala maka:
Heimasími:	Vinnusími:	Farsími:
KONA		
Hæð:	Þyngd:	BMI:
Uppvinnsla ófrjósemi verið gerð? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já sjá frekari spurningar		
Rannsókn á eggjaleiðurum (lap.skopy/HyCoSy/HSG) ? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		Rannsókn á legholi? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Dags:		Dags:
Athugasemdir:		Athugasemdir:
Staðfest egglos? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Ef já, hvernig?		
Dags: FSH á tíðahringsd. 2-5:	Dags: AMH:	Dags: Prolaktin (í hvíld): (viðm.gildi:)
<i>Parið hefur áður farið í frjósemismeðferð</i> <input type="checkbox"/>		
<i>Frjósemismeðferð áður í fyrra sambandi</i> <input type="checkbox"/>		
Pergotime/Letrozole	Tæknisæðing:	IVF/ICSI
Fjöldi meðferða:	Fjöldi meðferða:	Fjöldi meðferða:
Hvenær?	Hvenær?	Hvenær?
Niðurstöður:	Niðurstöður:	Niðurstöður:

Maki:	
Maður <input type="checkbox"/>	
Kona <input type="checkbox"/>	
Sæðisrannsókn framkvæmd? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Dags: Ef já, niðurstöður:	
Dags tilvísunar:	Nafn tilvísandi læknis: <hr/>
	Heimilisfang: <hr/>

Tilvísun sjúklinga til meðferðar

Eftirfarandi skilyrði þarf að uppfylla áður en par/kona getur hafið meðferð:

- Parið er annað hvort gift eða í skráðri sambúð.
- Niðurstöður úr veiruprófum þurfa að liggja fyrir (HIV, lifrabólga B og C).

Vinsamlegast sendið afrit úr sjúkraskýrslu sjúklings af því sem málið varðar sem og helstu rannsóknaniðurstöður.

(Tilvísanir sendist á: Livio Reykjavík, Álfheimar 74, 104 Reykjavík, FAX: 430-4040)