

EGENREMISS TILL RMC/ KVINNA

Observera att alla uppgifter ska vara ifyllda, annars skickas remissen åter för komplettering. Är någon fråga inte aktuell, markera med 0 eller -

Pers.nr; _____ Namn; _____

Telefonnummer; _____ Datum; _____

Jag önskar komma till RMC pga:

- Graviditetsönskan * Menstruationsproblem PCO
 Upprepade missfall * Besvärande hårväxt
 Annat; _____

*Ange uppgifter på din partner och skicka med egenremiss på Man;

Namn; _____

Personnummer; _____

Tidpunkt för gemensam folkbokföringsadress (månad/år); _____

Personliga uppgifter;

Civilstånd; _____ Yrke; _____
Vikt; _____ Längd; _____
 Rökare Icke-rökare Tolkbehov Språk; _____

Tidigare och aktuella sjukdomar; _____

Aktuella mediciner; _____

Gynekologiska sjukdomar/operationer; _____

Menstruationsintervall (antal dagar mellan första mensdagen); _____

Regelbunden Oregelbunden Har inga blödningar Sista mens; _____

Senaste cellprovskontroll (månad/år); _____ Normalt Ej normalt

Upphov till graviditet i tidigare relation/er:

JA antal graviditeter: _____ antal barn: _____ ålder på barnen _____

NEJ

Upphov till graviditet i nuvarande relation:

JA antal graviditeter: _____ antal barn: _____ ålder på barnen: _____

NEJ

Missfall (antal): _____ Utomkvedshavandeskap(antal): _____

Datum för missfall: _____ Datum för utomkvedshavandeskap: _____

Vid graviditetsönskan;

Orsak till barnlöshet; _____ Okänd

Graviditetsönskan sedan (månad/år); _____ Samlagsfrekvens (per vecka); _____

Tidigare/påbörjade utredningar; _____

Postadress: Skånes universitetssjukhus, Reproduktionsmedicinskt Centrum, 205 02 Malmö

Besöksadress: Skånes universitetssjukhus, Jan Waldenströms gata 47, Malmö

Telefon (växel): 040-33 10 00, **RMC telefon:** 040-33 21 64, **RMC fax:** 040-33 82 66

Webb: www.skane.se/sus/rmc