

**Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:30) ska en hälsodeklaration fyllas i och signeras inför eventuell assisterad befruktning. Hälsodeklarationen ska innehålla frågor om parets eller kvinnans allmänna hälsotillstånd. Den ska även innehålla frågor om sådana omständigheter, händelser och beteenden som kan innebära risk för smitta eller sjukdom som kan överföras till det blivande barnet, såsom resvanor, geografiskt ursprung, längre vistelse i annat land, injektionsmissbruk, olyckshändelser, vaccinationer och intag av läkemedel samt medicinska och icke medicinska ingrepp.**

Kvinnans Namn	Personnummer		
Partners Namn	Personnummer		
Adress	Telefonnummer du kan nås på		
Civilstånd	Ensamstående <input type="checkbox"/> Har partner <input type="checkbox"/>		
Nuvarande yrke/sysselsättning:	Längd: ..... cm Vikt: ..... kg		
Var är du född (land)?	Geografiskt ursprung (var härstammar du från?):		
Röker du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Antal cigaretter/dag:		
Snusar du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Antal dosor/vecka:		
Dricker du alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka?.....		
Starksprit (cl) ..... Vin (cl) ..... Öl (cl) .....			
Har du någon gång injicerat narkotika/droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Finns det tänkbara ärftliga sjukdomar i din närmaste familj – eller finns det någon sjukdom som många i din släkt har? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			
<b>Har du eller har du haft andra sjukdomar (som föranlett sjukhusvård eller kontrollbesök)?</b>			
Blodpropp	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Buk-eller gynekologisk operation	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blödningsbenägenhet	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gynekologisk sjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hjärt- eller lungsjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Njursjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Gulsot (hepatit)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Depression (medicinskt behandlad)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hur är din menscykel?			
<input type="checkbox"/> Regelbunden, antal dagar från mensstart till nästa mensstart .....			
<input type="checkbox"/> Oregelbunden: .....			
Senaste mens? .....			
Har du använt ägglossningstest?		Hur utföll testet? positivt <input type="checkbox"/> negativt <input type="checkbox"/>	

## Hälsodeklaration Kvinna

Tar du mediciner?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka/vilken?
Har du några läkemedelsallergier?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Mot vad?
Är du vaccinerad mot Rödahund (Rubella)?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hepatit B? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du vaccinerats senaste 6 månader?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka/vilket vaccin?
När var senaste cellprov?	Är du behandlad för cellförändringar (koniserad), när?	
Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär?		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka/vilken?	
Har du genomgått någon operation? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka/vilken?		
Har du råkat ut för någon olyckshändelse som har krävt sjukhusvård? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> . Om ja, när och vad?		
Har länge har du önskat att få barn?		
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, när och vilken klinik?	När?	Antal gånger
Har du någon gång varit gravid?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, Barn <input type="checkbox"/> Missfall <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/>
Har du barn?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja, antal barn?	Födda år?	Var förlossning normal?
Har du senaste 6 månader genomgått medicinska / icke medicinska ingrepp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
<b>Har du sista tre månaderna</b> (Ange kommentar, t.ex. när, var)		
vistats utomlands mer än tre veckor i sträck? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> .....		
haft kontakt med sjukvård utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> av vilken anledning?.....		
<b>Riskbeteenden</b>		
Anabola steroider eller droger	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du varit i en situation där det funnits risk för blodsmitta?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

**Genom min underskrift intygar jag att:**

- den information jag har lämnat är sanningsenlig
- jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar.

Datum och Namnteckning