

HÄLSODEKLARATION INFÖR UTREDNING OCH BEHANDLING VID VÄSTERÅS IVF	
Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:30) anger att en hälsodeklaration ska fyllas i och signeras inför eventuell assisterad befruktning. Frågorna rör omständigheter, händelse och beteenden som kan innebära risk för smitta eller sjukdom som kan överföras via så kallat donerat biologiskt material till mottagaren. Frågorna ska omfatta bl a allmänt hälsotillstånd, resvanor, längre vistelse i annat land, injektionsmissbruk, olyckshändelser, vaccinationer och intag av läkemedel.	
Namn	Personnummer
Telefon mobil	Telefon arbete
Var är du född (land)?	Har du varit bosatt utomlands (när, var)?
Etniskt ursprung – var härstammar du från? (T ex Skandinavien, Nordamerika, Mellanöstern etc)	
Yrke/sysselsättning:	
(Par) Hur länge har du och din partner varit ett par?	
(Par) Civilstånd: Gift Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Är ni: Sambo <input type="checkbox"/> Särbo <input type="checkbox"/>	
(Par) Hur länge har ni försökt få barn tillsammans:	
(Par) Har ni några graviditeter ihop? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, hur många:	
(Par) Har ni några gemensamma barn? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, hur många:	
(Par) Graviditet/barn i annan relation: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, hur många:	
(Kvinna) Har du regelbunden mens? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Intervall (dagar start till start):	Antal blödningsdagar:
Har du rest utomlands under det senaste 6 månaderna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, när och vart?	
Sjukhusvårdad i Sverige eller utomlands de senaste 6 månaderna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, var, hur länge och för vad?	
Har du råkat ut för någon olyckshändelse som krävt sjukhusvård? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, när och vad?	
Har du genomgått något medicinskt eller icke-medicinskt ingrepp, på eller utanför sjukhus, senaste halvåret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, vad/vilket?	

EGEN HÄLSOHISTORIA		
Längd	Vikt	
Har du någon nuvarande sjukdom eller pågående behandling? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka:		
Tar du några mediciner regelbundet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka?		
Har du någon medfödd sjukdom/funktionshinder? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Ärftlig sjukdom i familjen/slakten? Allvarlig sjukdom i familjen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vad:		
Psykisk eller nerologisk sjukdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka:		
Allergier? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?	Läkemedelsöverkänslighet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?	
Är du vaccinerad mot hepatit B Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Annan vaccination det senaste halvåret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad:		
Rökning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag:	Snus Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Dosor/vecka:	Alkohol Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Glas/vecka: Gånger/vecka:
Har du någon gång injicerat narkotika/droger? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, när och vilken drog?:		
Anabola steroider Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> När?		
Har du fått någon blodtransfusion under de senaste 6 månaderna? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Har du de senaste 6 månaderna fått akupunktur eller gjort en piercing/tatuering? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Kommer du eller någon av dina föräldrar från, eller har du tidigare haft en intim relation med person från något av följande områden: Afrika, Syd- och Mellanamerika, Karibien, de små ögrupperna i Oceanien (Vanuatu, Solomonöarna m fl), Rumänien, Iran och Japan? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kommentar:		
Ifylles om du eller din partner ska ta emot donerade spermier eller ägg		
Hårfärg	Ögonfärg	
Finns det något mer att berätta om dig, som du tror skulle vara av värde för oss att veta?		
<p>Genom min underskrift intygar jag att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den information jag har lämnat är sanningsenlig • jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn • jag samtycker till att kliniken om nödvändigt får ta del av mina journaler på andra kliniker för information som behövs för utredning och planerad behandling vid Västerås IVF och systerklinik Kvinnoläkarna 		
Datum	Ort	
Underskrift	Namnförtydligande	