

Hälsodeklaration Man

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.

Mannens Namn	Personnummer
Partners Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer du kan nås på
Postnummer	Ort
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?	
Har du eller har du haft andra sjukdomar (som föranlett sjukhusvård eller kontrollbesök)?	
Hjärt- eller lungsjukdom Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Depression Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Buksjukdom Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Diabetes Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Gulsot (hepatit) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Annat sjukdom Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du haft påssjuka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, hade du svår testikelsvullnad?
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?
Har du vaccinerats senaste 6 månader? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka/vilket vaccin?
Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär?	

Hälsodeklaration Man

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 eller IVF-behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Om ja, när och vilken klinik?		
Bedömdes spermaprovet som normalt?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har ni några gemensamma graviditeter?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur många?
Antal barn?	Födda år?	
Har du senaste 6 månader genomgått medicinska / icke medicinska ingrepp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du sista tre månaderna (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?.....		
Riskbeteenden		
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"/>	

<p>Genom min underskrift intygar jag att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den information jag har lämnat är sanningsenlig. • jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. • jag har förstått att redan befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som ska bära graviditeten) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling.
Datum och Namnteckning