

Remiss Fertilitetsundersökning

Patologi och cytologi Dalarna Falu lasarett, 79182 Falun Tel lab 023-49 27 97, sekr 023-49 25 42		Pers.nr	
Från (fullständig adress, klinik, avdelning/mottagning)		Namn	
Tel		Adress	
Svar till		Tel	
Kopia till		Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har fått information om –och samtycker till - att provet och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Är ingen av nedanstående rutor ikryssad, innebär det att provgivaren samtycker till detta. Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke	
Remitterande läkare	Sign	Provtagningsdatum	Vg skriv ej i detta fält
Anamnes, status			
Klinisk diagnos			
Föregående ejakulation, datum	Provtagningsdatum	Klockslag	Provet inkom klockan
Utlåtande (Normalvärde inom parentes):			
Volym mL ($\geq 1,5$ mL)	Totalt antal miljoner (≥ 39)		Morfologi % Abnorma huvuden Patologiska mellanstycken Defekta svansar
Antal miljoner/mL (≥ 15)	Vita blodkroppar		
Rörlighet %	Röda blodkroppar		
Totala antalet progressiva/rörliga (≥ 40 %)	Viskositet		Totala antalet normala (≥ 30 %) Sign BMA: LÄK:
Snabbt progressiva	Aggregation		
Långsamt progressiva	Storlek		
Ej progressiva	Form		