



Aleris Sædprøve helseskjema

Pasientens navnelapp	Prøveinnsamlingssted - Sample collection location:	
Navn:	Hjemme <input type="checkbox"/> At home	Klokkeslett og dato Time and date:
Fødselsnummer:	Klinikk <input type="checkbox"/> Fertility clinic	

Formål / Purpose:		Navn/ name
Fertilitetsutredning Fertility Check <input type="checkbox"/>	Med partner With partner <input type="checkbox"/>	
Fertilitetsbehandling Fertility Treatment <input type="checkbox"/>		
Kontroll etter sterilisering Control after sterilization <input type="checkbox"/>	Du trenger ikke besvare spørsmål 1-5 You don't need to answer question 1-5 <input type="checkbox"/>	

1. Har du gjort noen gravid før? Have you ever made someone pregnant?	Nei/no <input type="checkbox"/> Ja/yes <input type="checkbox"/>	1.1 Har du en kjønnssykdom? Do you have a STD?
2. Har du hatt feber eller annen infeksjonssykdom de siste 6 ukene? Have you been sick with a fever, or had any other infection the last 6 weeks?	Nei/no <input type="checkbox"/> Ja/yes <input type="checkbox"/>	Nei/no <input type="checkbox"/> Ja, og hvilke/yes and which? <input type="text"/>
3. Bruker du noen faste medisiner eller kosttilskudd? Are you on any sort of medication, or taking any dietary supplements?	Nei/no <input type="checkbox"/> Ja, og hvilke/yes and which? <input type="text"/>	
4. Har du hatt operasjoner i underlivet? Nei/no <input type="checkbox"/> Ja, og hvilke?/yes and which? <input type="text"/>		
5. Har du fått gjennomført en sædanalyse tidligere? Have you had a sperm analysis before?	Nei/no <input type="checkbox"/> Ja, hvor mange?/yes and how many? <input type="text"/>	

Stemmer navnet på prøvebeget med navnet på skjemaet? Does the name on the sample cup match the name on the form?	Ja/yes <input type="checkbox"/> Nei/no <input type="checkbox"/>
Hvor mange dager er det siden du sist hadde utløsning? How many days since your last ejaculation?	Dager/days <input type="text"/>
Fikk du all sæden oppi prøvebeget? Hvis ikke, hvor mye gikk tapt? Did all the semen go into the sample cup? If not, how much is lost?	Ja/yes <input type="checkbox"/> Nei/no <input type="checkbox"/>

Jeg, undertegnede, gir herved mitt samtykke til bruk av overflødig biologisk materiale før destruksjon, til opplæring av personalet og kvalitetssikring av laboratoriet.

I, the undersigned, hereby give my consent for the use of surplus biological material prior to destruction, for the purposes of staff training and laboratory quality assurance.

Ja/yes <input type="checkbox"/>	Mobil:
Nei/no <input type="checkbox"/>	Dato:
	Underskrift: