# Kvinde Medicinsk Historie

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cpr nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beskæftigelse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobilnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicinske allergier: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Højde \_\_\_\_\_\_\_ cm | Vægt \_\_\_\_\_\_\_ kg |
| Rygning \_\_\_\_\_\_\_ stk./dag | Alkohol \_\_\_\_\_\_\_ genst./pr. uge |

# Gynækologisk historie

Alder for første menstruation \_\_\_\_\_\_\_ år

Antal blødningsdage \_\_\_\_\_\_\_ dage

Antal dage mellem blødningerne (fra 1. dag til næste 1. dag) \_\_\_\_\_\_\_ dage

Alder for overgangsalder \_\_\_\_\_\_ år

HPV-vaccination Ja/Nej Smear/celleprøve \_\_\_\_\_\_\_ år Mammografi \_\_\_\_\_\_\_ år

**Gynækologisk: Har du haft/eller har du:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** | **Uddyb** |
| Unormalt celleskrab |  |  |  |
| Polypper |  |  |  |
| Muskelknuder |  |  |  |
| Cyster |  |  |  |
| Endometriose |  |  |  |
| Underlivsbetændelse |  |  |  |
| Seksuelt overførte sygdomme |  |  | Klamydia, Gonore, Syfilis, Herpes, Kondylomer, Hepatitis, HIV (sæt ring om) |
| Barnløshed |  |  |  |
| Gynækologisk kræft |  |  |  |
| Er du seksuelt aktiv? |  |  |  |
| Bruger du prævention nu? |  |  | Hvis ja, hvilken: |

# Obstetrisk historie

|  |  |
| --- | --- |
| Antal graviditeter \_\_\_\_\_\_\_ | Antal fødsler \_\_\_\_\_\_\_ |
| Spontane aborter \_\_\_\_\_\_\_ | Provokerede aborter \_\_\_\_\_\_\_ |

Andet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fødselsår | Fødselsuge (normalt uge 40) | Normal/Kejsersnit/Kop | Komplikationer |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tidligere eller nuværende lidelser:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej |  | Ja | Nej |
| Forhøjet blodtryk |  |  | Blodsygdom |  |  |
| Blodpropper |  |  | Epilepsi |  |  |
| Migræne |  |  | Autoimmun sygdom/Hudsygdom/Gigt |  |  |
| Forhøjet kolesterol |  |  | Kræft |  |  |
| Stofskiftesygdom |  |  | Depression/Angst |  |  |

Hvis ja, venligst uddyb

# Medicin

# Tager du medicin nu? Hvis ja, hvilken og for hvad?

****

# Har du rejst i Zika-virus berørte områder indenfor de seneste 3 mdr.? Ja\_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

(Ex. Sydamerika, Asien, nogle afrikanske lande)

**Kan du have været udsat for smitte med andre smitsomme sygdomme, eksempelvis Abekopper: Ja\_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_**

# Operationer

Er du nogensinde blevet opereret i maven eller skeden? (f.eks kejsersnit, blindtarmen, galdeblæren, TVT eller andet)

# Familiær historik

Er der arvelige sygdomme i din nærmeste familie?

(Blodslægtninge; børn, forældre, søskende, bedsteforældre, fastre, mostre og onkler)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Hvis ja, hvem? |
| Forhøjet blodtryk |  |  |  |
| Forhøjet kolesterol |  |  |  |
| Slagtilfælde/blodprop |  |  |  |
| Sukkersyge |  |  |  |
| Stofskiftesygdom |  |  |  |
| Osteoporose (Knogleskørhed) |  |  |  |
| Blødersygdom |  |  |  |
| Brystkræft |  |  |  |
| Kræft i æggestokkene |  |  |  |
| Kræft i tarmen |  |  |  |

# Samtykkeerklæring

Undertegnede giver hermed tilladelse til, at JunoIVF må indhente oplysninger fra og videregive oplysninger til min egen læge, speciallæge eller sygehus vedrørende min diagnose, behandling og undersøgelsesresultater relevante for min behandling hos JunoIVF.

Som dataansvarlig er Juno IVF forpligtet til at orientere dig om, at dine personlige helbredsoplysninger opbevares i mindst 10 år i klinikken. Du har ret til at se og få udleveret de oplysninger, der er registreret om dig. Du kan ligeledes bede om at få forkerte oplysninger rettet. Et samtykke til videregivelse af oplysninger kan trækkes tilbage. Dette skal dog ske skriftligt.

Du kan læse mere om klinikkens privatlivspolitik på vores hjemmeside www.junoIVF.dk.

Jeg giver endvidere samtykke til, at JunoIVF må sende mig beskeder via e-boks.

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_