

# FERTILITETSUTREDNING

Remitterande läkare: \_\_\_\_\_

Mottagning: \_\_\_\_\_

## **IFYLLES AV PATIENTEN:**

Namn: \_\_\_\_\_ Pers.nr: \_\_\_\_\_ Tfn.nr: \_\_\_\_\_

Partner: \_\_\_\_\_ Pers.nr: \_\_\_\_\_

Närmast föregående sädesuttömning den / 20

Provet taget den / 20 kl

Är provet fullständigt? Ja/Nej

Feber senaste 3 mån >39 grader? Ja/Nej

Tidigare spermprov:

Övriga upplysningar:

## **RESULTAT AV SPERMAPROVSANALYS**

Tid: \_\_\_\_\_

Viskositet: \_\_\_\_\_

Färg: ua/gult/brunt

ua/tunnflytande/seg

<b><u>Analysresultat</u></b>	<b><u>Ref.område</u></b>
Volym	≥ 1,5 ml
Spermie konc. milj/mL	≥ 15
Totalt antal sp. milj/ejak.	≥ 40
Totalt motila sp.	≥ 40%
varav progressivt motila	≥ 32%

Övrigt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sign. \_\_\_\_\_



**SUNDERBY SJUKHUS**

LABORATORIEMEDICIN, KLIN KEM LAB, SUNDERBY SJUKHUS, 971 80 LULEÅ  
TELEFON: 0920-28 27 06 • TELEFAX: 0920-28 26 88