

Henvisning ultralyd hjemsted

Dato: _____

Sign: _____

Angående (initialer og fødselsdato):

Fra LIVIO IVF-klinikken Oslo: Fax: 0047 23204401 (Tel 0047 23204400)

Vi ønsker hjelp med ultralyd dato: _____

Planlagt behandling: _____

FSH-dose: _____ IE Annet: _____

Stimuleringsdag: _____

 Pasienten kontakter dere dere for time Pasienten venter på at dere skal ta kontakt
Tlf nr pasient: _____**SVAR: (Vennligst oppgi antall follikler i den enkelte størrelsen i skjemaet under. Tallene indikerer mm.)**

Høyre (str)	<10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	≥ 20
Skriv antall her												

Venstre (str)	<10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	≥ 20
Skriv antall her												

Største follikel (diameter mm) Hø: _____ mm Ve: _____ mm

Endometriets tykkelse: _____ mm hypo iso hyper trippel ekko

Kommentar:

Dato: _____

Signatur: _____