

**Henvisning ultralyd hjemsted**

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

Sign: \_\_\_\_\_

Angående (initialer og fødselsdato):

Fra LIVIO IVF-klinikken Oslo: 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: \_\_\_\_\_