

Date: / /



مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث  
King Faisal Specialist Hospital & Research Centre  
مؤسسة عامة Gen. Org.

تعليمات هامة للمريض : تعبئة البيانات التالية من قبل الطبيب المعالج (خارج المستشفى)  
**This form will be reviewed only if completely filled and stamped**

### Infertility Referral Form

|              | <b>Famale</b> | <b>Male</b> |
|--------------|---------------|-------------|
| Name         |               |             |
| Age          |               |             |
| Nationality  |               |             |
| Med. Rec. No |               |             |

|                                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Duration of Infertility : _____                                       |                          |
| No of Preg : _____                                                    | No of Deliveries : _____ |
| No of abortions : _____                                               | No of Ectopics : _____   |
| No of living children as a couple (from the current marriage) : _____ |                          |
| Cycle : _____ ( regular / irregular / oligo-amenorrhea)               |                          |

### Female :

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| <u>FSH</u>             | <u>LH</u>        |
| <u>TEST</u>            | <u>PROLACTIN</u> |
| <u>TSH</u>             | <u>FT4</u>       |
| Early follicular phase |                  |

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| HSG: _____ (normal / abnormal / not done )          |
| Date: _____                                         |
| Attached copy of report , if done .                 |
| Laparoscopy : _____ (normal / abnormal / not done ) |
| Date: _____                                         |
| Attached copy of report , if done .                 |

### Diagnosis:

|          |
|----------|
| 1. _____ |
| 2. _____ |
| 3. _____ |

### Male :

| Semen Analysis |                  |
|----------------|------------------|
| Volume:        | Count/ml:        |
| Motility:      | Morphology:      |
| <u>FSH</u>     | <u>LH</u>        |
| <u>TEST</u>    | <u>PROLACTIN</u> |

|                                                           |                                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Testicular biopsy : _____ (normal / abnormal / not done ) |                                     |
| Date: _____                                               |                                     |
| In case of azoospermia                                    | Attached copy of report , if done . |
| Clinical Examination: Specify abnormalities : _____       |                                     |

### Diagnosis:

|          |
|----------|
| 1. _____ |
| 2. _____ |
| 3. _____ |

Comments: \_\_\_\_\_ .

Date: / /



مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث  
King Fahad Specialist Hospital & Research Centre  
مؤسسة عامة Gen. Org.

تعليمات هامة للمريض : تعبئة البيانات التالية من قبل الطبيب المعالج (خارج المستشفى)

This form will be reviewed only if completely filled and stamped

### Infertility Referral Form

|                                                                                                         | Famale                                     | Male               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| Name                                                                                                    | اسم الزوجة                                 | اسم الزوج          |
| Age                                                                                                     | عمر الزوجة                                 | عمر الزوج          |
| Nationality                                                                                             | جنسية الزوجة                               | جنسية الزوج        |
| Med. Rec. No                                                                                            | السجل المدني للزوجة                        | السجل المدني للزوج |
| Duration of Infertility : عدد سنوات الزواج                                                              |                                            |                    |
| No of Preg : كم حمل سابق                                                                                | No of Deliveries : كم عدد الولادات السابقة |                    |
| No of abortions : كم اجهاض                                                                              | No of Ectopics : كم حمل خارج الرحم         |                    |
| No of living children as a couple (from the current marriage) : كم عدد الاطفال الأحياء من الزواج الحالي |                                            |                    |
| Cycle : ( regular / irregular / oligo-amenorrhea ) حالة الدورة : طبيعية / غير طبيعية / منقطعة نسبياً    |                                            |                    |

#### Female : نتائج تحاليل الهرمونات للزوجة

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| FSH هرمون FSH       | LH هرمون LH             |
| TEST هرمون التسترون | PROLACTIN هرمون الحليب  |
| TSH فحص الغدة       | FT4 فحص الثيروكسين الحر |

#### Early follicular phase

HSG: أشعة الصبغة : طبيعية / غير طبيعية / لم يتم عملها ( normal / abnormal / not done )  
Date: تاريخ أشعة الصبغة  
Attached copy of report , if done . يرفق نسخة من تقرير أشعة الصبغة في حال تم عملها - ان وجد .  
Laparoscopy : المنظار : طبيعي / غير طبيعي / لم يتم عمله ( normal / abnormal / not done )  
Date: تاريخ المنظار  
Attached copy of report , if done . يرفق نسخة من تقرير المنظار في حال تم عمله - ان وجد .

#### Diagnosis:

1. تفاصيل عن حالة الزوجة و في حال كانت سليمة يُكتب سليمه
- 2.
- 3.

#### Male : نتائج تحاليل السائل والهرمونات للزوج

| Semen Analysis      |                        |
|---------------------|------------------------|
| Volume: الحجم       | Count/ml: العدد        |
| Motility: الحركة    | Morphology: التشوهات   |
| FSH هرمون FSH       | LH هرمون LH            |
| TEST هرمون التسترون | PROLACTIN هرمون الحليب |

Testicular biopsy : خزعة الخصية : طبيعية / غير طبيعية / لم يتم عملها ( normal / abnormal / not done )  
Date: تاريخ خزعة الخصية  
In case of azoospermia Attached copy of report , if done . يرفق نسخة من تقرير الخزعة في حال تم عملها - ان وجد .  
Clinical Examination: Specify abnormalities :

#### Diagnosis:

1. تفاصيل عن حالة الزوج و في حال كان سليم يُكتب سليم
- 2.
- 3.

Comments: