

Reproduktionsmedicin

Graviditetsrapport

NAMN:

PERS NR:

Vid vilken/vilka MVC har Du kontrollerats?

Har graviditeten varit komplikations fri? JA NEJ

Vilken/vilka komplikationer har uppkommit?

Förlossnings datum På vilket sjukhus?

Var förlossningen normal? JA NEJ Om NEJ: akut kejsarsnitt planerat kejsarsnitt sugklocka tång

Orsak.....

Enkelbörd eller Tvillingar

Kön:.....Vikt :.....Längd :... Kön:.....Vikt :.....Längd :.....

Mådde barnet/barnen bra efter förlossningen? JA NEJ

Om NEJ, vilket problem?

Barnets personnummer.....

Har barnet/barnen vårdats på barnklinik i samband med förlossning JA NEJ

Kommentarer:.....

Dessa uppgifter kommer att sammanställas för vår årliga statistik till Socialstyrelsen.

Självklart behandlas uppgifterna konfidentiellt. Inga enskilda personer kan identifieras.

Om vi skulle behöva få ytterligare information, samtycker Du till att vi rekviderar journalkopior från det sjukhus där förlossningen skedde? JA NEJ

Namnteckning:

Skickas till:
Karolinska Universitetssjukhuset
Reproduktionsmedicin Karolinska
141 86 Stockholm