

Kategori:	Gyldig fra/til: 18.01.2021/18.01.2022
Organisatorisk plassering: HVRHF - Helse Bergen HF - Kvinneklinikken - Seksjon for assistert befruktning	Versjon: 4.00
Godkjenner: Siren Skrede	Informasjon
Dok. ansvarlig: Siren Osberg	Dok.id: D28704

Namn:

Fødselsnummer:

Ved hjelp av assistert befruktning IVF/ICSI/CRYO-ET den _____ er du no blitt gravid.
Undersøkinga i dag den _____ viser at det føreligg _____ foster med hjarteaktivitet.
Termin: _____

Når du har født ynskjer vi at du sjølv returnerer dette skrivet i utfylt stand.

Barn 1

Jente/gut Vekt: _____ Født: _____ Sjukehus: _____

Fødselen skjedde på: Vanleg måte / med sugekopp / tang / keisarsnitt
(strek under det som passar).

Er barnet friskt? Ja/nei Dersom nei, kva feilar det? _____

Barn 2

Jente/gut Vekt: _____ Født: _____ Sjukehus: _____

Fødselen skjedde på: Vanleg måte / med sugekopp / tang / keisarsnitt
(strek under det som passar).

Er barnet friskt? Ja/nei Dersom nei, kva feilar det? _____

Ved abort ynskjer vi følgjande opplysning: Dato:

Komplikasjonar under svangerskapet:

- Bløding
- For tidlig vassavgang
- For tidlege rier

Anna:

For å kunne følgje opp barn og svangerskap ber vi om løyve til å innhente sluttrapport/epikrise i forbindelse med svangerskap/fødselsforløp og epikrise fra eventuelt opphald på barneklinnk.

Eg samtykker til slik informasjon kan innhentast: Ja Nei

Stad/dato: _____ Underskrift: _____