

Kategori: <input type="checkbox"/>	Gyldig fra/til: 16.12.2022/16.12.2023
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fertilitetssenteret	Versjon: 6.00
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 barneklinikk.

Eg samtykker til slik informasjon kan innhentast: Ja Nei

Stad/dato: _____ Underskrift: _____