

Appendix

Merk: Det skal fylles ut blankett for hvert barn (foster). Dør barnet etter fødselen, skal det også fylles ut legeerklæring om dødsfall, og/eller dødsfallet meldes til skifteretten (lensmannen).

Barnet	Barnet var 1 <input type="checkbox"/> Levende født 2 <input type="checkbox"/> Dødfødt foster	Født dag, mnd., år	Klokkeslett	Personnr.	Skriv ikke her	
	1 <input type="checkbox"/> Enkel 2 <input type="checkbox"/> Tvilling 3 <input type="checkbox"/> Trilling 4 <input type="checkbox"/> Firling	Kjønn 1 <input type="checkbox"/> Gutt 2 <input type="checkbox"/> Pike				
	Etternavn, alle fornavn (bare for levendefødte)					
	Fødested. Navn og adresse på sykehuset/fødehjemmet		Kommune			
Faren	Etternavn, alle fornavn		Født dag, mnd., år	Bostedskommune		
Moren	Etternavn, alle fornavn. Pikenavn			Født dag, mnd., år		
	Bosted. Adresse		Kommune			
	Ekteskapelig status 1 <input type="checkbox"/> Ugift 6 <input type="checkbox"/> Samboende 2 <input type="checkbox"/> Gift 3 <input type="checkbox"/> Enke 4 <input type="checkbox"/> Separert 5 <input type="checkbox"/> Skilt			Ekteskapsår (gifte)		
	Antall tidligere fødte (før denne fødselen)	Levende fødte	Av disse i live	Dødfødte		
	Er moren i slekt med faren? 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja. Hvilket slektskapsforhold:					
Morens helse før svangerskapet	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Sykdom (spesifiser):		Siste menstruasjons første blødningsdag			
Morens helse under svangerskapet	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Komplikasjoner (spesifiser):					
Ble fødselen provosert	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja					
Inngrep under fødselen	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja (spesifiser):					
	Inngrepet utført av 1 <input type="checkbox"/> Lege 2 <input type="checkbox"/> Jordmor					
Komplikasjoner i forbindelse med fødselen	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja (spesifiser):					
Fostervann, placenta og navlesnor	1 <input type="checkbox"/> Normalt 2 <input type="checkbox"/> Patologisk (spesifiser):					
Barnets tilstand	Bare for levende fødte. Tegn på asfyksi?		Apgarscore etter 1 min.		etter 5 min.	
	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja					
	For levende fødte og dødfødte. Tegn på medfødt anomali, på skade eller sykdom? 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja. Hvilke:					
	Lengde (i cm)	Hode-omkr. (i cm)	Vekt (i g)	For døde innen 24 timer Livet varte i	Timer	Min
	For dødfødte. Døden inntrådte Dødsårsak:		1 <input type="checkbox"/> Før fødselen	2 <input type="checkbox"/> Under fødselen		
					Seksjon? 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja	
Alvorlige arvelige lidelser i slekten	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja Sykdommens art og hos hvilke slektninger:					

50 000. 5.96. SFEM GRAFISK

Sted (sykehusets stempel)

Dato

Jordmor

Lege

A – Sivil og opplysninger	Institusjonsnr.: <input type="text"/>		Institusjonsnavn: <input type="text"/>		Fødsel utenfor institusjon: <input type="checkbox"/> Hjemme, planlagt <input type="checkbox"/> Hjemme, ikke planlagt <input type="checkbox"/> Under transport <input type="checkbox"/> Annet sted		Mors fulle navn og adresse: <input type="text"/>		
	Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/enke		Mors bosted: <input type="text"/>		Mors bokommune: <input type="text"/>		Pikenavn (etternavn): <input type="text"/>		
	Släktskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvorledes: <input type="text"/>		Fars fødselsdato: <input type="text"/>		Fars fulle navn: <input type="text"/>		Mors fødselsnr.: <input type="text"/>		
B – Om svangerskap og mors helse	Siste menstr. 1. blodn.dag: <input type="text"/>		Mors tidligere svangerskap/fødsle: <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker		Levende-fødsle: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>		Dødfødsle (24. uke og over): <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>		
	Ultrasound utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja UL termint: <input type="text"/>		Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>		Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet – spesifiser: <input type="text"/>		Spontanabort/Dødfødsle (12–23. uke): <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>		
	Spesielle forhold før svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon		Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom		Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»		Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, for sv.sk. / i sv.sk. Multivitamin <input type="checkbox"/> Folat/Folsyre <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»		Spesifikasjon av forhold før eller under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blødning 13–28 uke <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes
Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blødning 13–28 uke <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes		Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Preeklampsi lott <input type="checkbox"/> Preeklampsi alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsi før 34. uke <input type="checkbox"/> HELLP syndrom		Eklampsi <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Trombose, beh. <input type="checkbox"/> Infeksjon, spes. i «B»		Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – spesifiser i «B»			
Røyking og yrke Forutsetter mors samtykke – se retledning på baksiden <input type="checkbox"/> Skriftlig orientering gitt til mor <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for røykeoppl.		Røykte mor ved sv.sk. begynnelse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig Ant. sig. dagl.: <input type="text"/>		Mors yrke: <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid		Mors yrke: <input type="text"/>		Brånge: <input type="text"/>	
C – Om fødselen	Leie/presentasjon: <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Normal bekhode <input type="checkbox"/> Tvertleie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»		Fødselstidspunkt: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio		Ev. induksjonsmetode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»		Indikasjon for inngrep og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Føstermisdannelse <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»		
	Inngrep/tiltak: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Aueri tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumelektrode <input type="checkbox"/> Episiotomi		Fremhj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjelp <input type="checkbox"/> Uttrekning <input type="checkbox"/> Tang på etterf. hode		Sectio: <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utført som elektiv sectio <input type="checkbox"/> Utført som akut sectio		Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner: <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Blødning > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødning 500–1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorforfall <input type="checkbox"/> Uterus atoni <input type="checkbox"/> Annet: <input type="text"/>		
	Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12–24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske misforhold <input type="checkbox"/> Vanskelig skulderforløsning		Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Sphincteruptur (gr. 3-4)		Blødning > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødning 500–1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorforfall <input type="checkbox"/> Uterus atoni <input type="checkbox"/> Annet: <input type="text"/>				
Aneresi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lystgass <input type="checkbox"/> Petidin		Epidural <input type="checkbox"/> Spinal		Pudendel <input type="checkbox"/> Infiltrasjon		Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet: <input type="text"/>			
Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hinnerester <input type="checkbox"/> Utulstendig <input type="checkbox"/> Infarkter		Koagler <input type="checkbox"/> Utskrapping <input type="checkbox"/> Manuell uthenting <input type="checkbox"/> Placenta-vekt: <input type="text"/>		Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velamant festet <input type="checkbox"/> Marginalt festet <input type="checkbox"/> Karanomali		Omslyng rundt hals <input type="checkbox"/> Annet omslyng <input type="checkbox"/> Ekke knute <input type="checkbox"/> Navlesnorlengde: <input type="text"/>		Fostervann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion <input type="checkbox"/> Mistarget <input type="checkbox"/> Stinkende, infisert <input type="checkbox"/> Blodtilblandet	
Fødselsdato: <input type="text"/>		Klokken: <input type="text"/>		Pluralitet: <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flerfødsel		For flerfødsel: Nr. <input type="text"/> Av totalt <input type="text"/>		Kjønn: <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Ved tvil spesifiser i «D»	
Barnet var: <input type="checkbox"/> Levedefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp.abort <input type="checkbox"/> Opgi dødsårsak i «D»		For dødfødsle: <input type="checkbox"/> Død før fødselen <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødstidspunkt		For dødfødsle, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død før innkomst <input type="checkbox"/> Død etter innkomst		Levedefødt, død innen 24 timer: <input type="checkbox"/> Livet varte: <input type="text"/> timer <input type="text"/> min.		Død senere (dato): <input type="text"/> Klokken: <input type="text"/>	
Overfl. barneavd.: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, Dato: <input type="text"/>		Overfl. i: <input type="text"/>		Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Medfødte misd. <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner		Årsak: <input type="checkbox"/> ABD uforlik <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annet årsak			
Neonatale diagn. (Fyller ut av lege/pediatr): <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Madf. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Høfteleddsdympi. beh. m/pute		Transit. tachypnoe <input type="checkbox"/> Resp. distress syndr. <input type="checkbox"/> Aspirasjonssyndrom <input type="checkbox"/> Intrakraniell blødning		Cerebral irritasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Abstinens <input type="checkbox"/> Neonatale kramper		Konjunktivitt beh. <input type="checkbox"/> Navie./hudinf. beh. <input type="checkbox"/> Perinat. inf. bakterielle <input type="checkbox"/> Perinat. inf. andre		Fract. clavicularae <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Facialisparese <input type="checkbox"/> Plexusskade	
Tegn til medfødte misdannelser: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medfødte misdannelser – utfyller av lege: <input type="text"/>						Årsak: <input type="checkbox"/> ABD uforlik <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annet årsak	

Kryss av hvis skjema er oppfølgingseskema

Jordmor v/fødsel: Jordmor v/utskrivning: Legemiddel: Legemiddel:

Utskrivningsdato: Mor: Barn:

Protokollnr.: