

## **Appendix I**



# Registreringsskjema fra 1967-1998

STATENS HELSETILSYN  
Postboks 8128 Dep.  
0032 OSLO

## Medisinsk registrering av fødsel

Sendes 9. dag etter fødselen til fylkeslegen (stadsfysikus) i det fylket der moren er bosatt.

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"/> Firing				Kjønn 1 <input type="checkbox"/> Gutt 2 <input type="checkbox"/> Pike			
	Etternavn, alle fornavn (bare for levendefødte)				Fødested. Navn og adresse på sykehuset/fødestedet			
Faren	Etternavn, alle fornavn				Født dag, mnd., år	Bostedskommune		
Moren	Etternavn, alle fornavn. Pikenavn				Født dag, mnd., år			
	Bosted. Adresse				Kommune			
	Ekteskapselig 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 (for 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 største 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				1 <input type="checkbox"/> For fødselen 2 <input type="checkbox"/> Under fødselen		Dødsårsak:		
						Seksjon? 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja		
Andre arvelige lidelser i slekten	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja Sykdommens art og hos hvilke slektninger							

50.000.5.BK.5.NM.1.4.1974

Sted (sykehusets stempel)

Dato

Jordmor

Lege



## **Appendix II**





# Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke – Fødsel, dødfødsel, spontanabort

Se utfyllingsinstruks for blanketten på baksiden



A – Sivile 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  Pikenavn (etternavn): <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	Slektskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvorledes: <input type="text"/>	Mors bokommune: <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"/>	<input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker	Mors tidligere svangerskap/fødsle: <input type="text"/>	Levende-fødsle: <input type="text"/>	Dødfødsle (24. uke og over): <input type="text"/>	Spontanabort/Dødfødsle (12–23. uke): <input type="text"/>	Spontanaborter (under 12. uke): <input type="text"/>	
	Ultralyd utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja UL termin: <input type="text"/>	Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>	Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, for sv.sk. I sv.sk. Multivitamin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Folat/Folsyre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet – spesifiser				
	Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon	Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»	Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – spesifiser i «B»	Spesifikasjon av forhold før eller under svangerskapet:  <b>B</b>				

Røyking og yrke Forutsetter mors samtykke – se rettleiding på baksiden	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"/>
<input type="checkbox"/> Skriftlig orientering gitt til mor	- ved sv.sk. avslutning? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Daglig Av og til Ant. sig. dagl.: <input type="text"/>		Bransje: <input type="text"/>

Leie/presentasjon: <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Tverrlie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Fødselstart: <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"/> Fostertermisdannelser <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»
Inngrep/titak <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumekestraktor <input type="checkbox"/> Episiotomi	Fremhj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjelp <input type="checkbox"/> Uttrekning <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode	Sectio: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt for fødsel? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utført som elektiv sectio <input type="checkbox"/> Utført som akutt sectio	Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner:  <b>C</b>
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, transt. <input type="checkbox"/> Blødning 500–1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorfremfall <input type="checkbox"/> Uterus atoni <input type="checkbox"/> Annet:	
Anestesi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lystgass <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Utskrapping <input type="checkbox"/> Hinnerester <input type="checkbox"/> Ufullstendig <input type="checkbox"/> Infarkter	Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velamentøst feste <input type="checkbox"/> Marginalt feste <input type="checkbox"/> Karanomaler	Fostervann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion <input type="checkbox"/> Misfarget <input type="checkbox"/> Stinkende, infisert <input type="checkbox"/> Blodtild blandet
	Placenta-vekt: <input type="text"/>	Navlesnorlengde: <input type="text"/>	Komplikasjoner hos mor etter fødsel: <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Feber > 38.5° <input type="checkbox"/> Mor intensivbeh. <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Eklampsi post partum <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser

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 Barnets vekt: <input type="text"/>	Total lengde: <input type="text"/>	Appar score: <input type="text"/>
			Ved tvil spesifiser i «D»	Eventuelt sete-issemål: <input type="text"/>	5 min

Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp.abort <input type="checkbox"/> Oppgi dødsårsak i «D»	For dødfødsel: <input type="checkbox"/> Dod før fødsel <input type="checkbox"/> Dod under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødstidspunkt	For dødfødsel, oppgi også: <input type="checkbox"/> Dod før innkomst <input type="checkbox"/> Dod etter innkomst	Levendefødt, død innen 24 timer Livet var: Timer <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	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. til: <input type="text"/>	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Prematur	<input type="checkbox"/> Medfødte misd. <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser	<input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner

Neonatale diagn.: (Fyller ut av lege/pediater) <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Medf. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hofteleddsdypl. beh. m/pute	<input type="checkbox"/> Transit. tachypnoe <input type="checkbox"/> Resp. distress syndr. <input type="checkbox"/> Aspirasjonsyndrom <input type="checkbox"/> Intrakraniell blødning	<input type="checkbox"/> Cerebral irritasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Abstinens <input type="checkbox"/> Neonatale krampor	<input type="checkbox"/> Konjunktivitt beh. <input type="checkbox"/> Navle./hudinf. beh. <input type="checkbox"/> Perinat. inf. bakterielle <input type="checkbox"/> Perinat. inf. andre	<input type="checkbox"/> Fract. clavicularae <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Facialisparese <input type="checkbox"/> Plexusskade	Behandlingskoder: <input type="checkbox"/> Systemisk antibiotika <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Ioterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysbehandlet <input type="checkbox"/> Utskifting	Årsak: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Intet spesielt						<input type="checkbox"/> AB0 uforlik <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annen årsak	

Tegn til medfødte misdannelser: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medfødte misdannelser – utfylles av lege  <b>D</b>
---	--

Kryss av hvis skjema er oppfølgings skjema

Jordmor v/fødsel: 

Jordmor v/utskrivning: 

Legge: 

Legge barse/barneavd.: 

Utskrivningsdato: 

Mor: 

Barn:

Protokollnr.:

