

Appendices 1-3

**The Medical Birth Registry's
notification form**

1967 – 1998

**The Medical Birth Registry's
notification form**

1999 – 2005

**The Norwegian MS Registry
notification form**

Registrerings skjema 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 dødssfall, og/eller dødssallet 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/fødehemmet					Kommune		
Faren	Etternavn, alle fornavn				Født dag, mnd., år	Bostedskommune		
Moren	Etternavn, alle fornavn. Pikenavn						Født dag, mnd., år	
	Bosted. Adresse				Kommune			
	Ekteenskapelig 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						Ektekapsår (grite)	
	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, placentas og navlesnor	1 <input type="checkbox"/> Normalt 2 <input type="checkbox"/> Patologisk (spesifiser):							
Barnets tilstand	Bare for levende fødte. Tegn på asfykiel?				Apparatore 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:							

50.000.5.98. NYEM GRANTISK

Sted (sykehusets stempel)

Dato

Jordmor

Lege



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

Se utfyllingsinstruks for blanketten på baksiden

Sosial- og helsedirektoratet

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	Mors bokommune: <input type="text"/>						
	Släktskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvorledes: <input type="text"/>	Fars fødselsdato: <input type="text"/>	Mors fødselsnr.: <input type="text"/>					
B - Om svangerskap og mors helse	Siste menstr. 1. blodn.dag: <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker	Mors tidligere svangerskap/fødsle: <input type="checkbox"/> Levende-fødsle <input type="checkbox"/> Dødfødsle (24. uke og over) <input type="checkbox"/> Spontanabort/Dødfødsle (12.-23. uke) <input type="checkbox"/> Spontanaborter (under 12. uke)						
	Ultrafyld utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja UL termin: <input type="text"/>	Annen prenatal diagnotikk? <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"/>					
	Spesielle forhold før svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»	Regelmessig koettilekkudd: <input type="checkbox"/> Nei Før sv.sk i sv.sk. <input type="checkbox"/> Ja Multivitamin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Folat/Folsyre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»	Spesifikasjon av forhold før eller under svangerskapet: 					
Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Eklampsi <input type="checkbox"/> Blødning 13-28 uke <input type="checkbox"/> Preeklampsi lett <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Preeklampsi alvorlig <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Preeklampsi før 34. uke <input type="checkbox"/> Trombose, beh. <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes <input type="checkbox"/> HELLP syndrom <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 rettedning 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 - ved sv.sk. avslutning? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig Ant. sig. dagl.: <input type="text"/>	Mors yrke: <input type="text"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid <input type="checkbox"/>	Mors yrke: <input type="text"/> Bransje: <input type="text"/>						
C - Om fødselen	Løse/presentasjon: <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Tverrleie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Fødselstert: <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 nederfor <input type="checkbox"/> Foster misdannelse <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»				
	Inngrep/iltak: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumekstraktor <input type="checkbox"/> Episiotomi	Frømlj. ved seteledele: <input type="checkbox"/> Vanlig frømlj. <input type="checkbox"/> Utrekning <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode	Sectio: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja 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: 				
	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 skulderforlesning	<input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruption placenta <input type="checkbox"/> Perinearuptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Sphincteruptur (gr. 3-4)	<input type="checkbox"/> Blødn. > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødn. 500-1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorfeil	<input type="checkbox"/> Truende intrauterin aslykts <input type="checkbox"/> Risvekkelse, stimulert <input type="checkbox"/> Langsom fremgang <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"/> Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Petidin <input type="checkbox"/> Soinal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon <input type="checkbox"/> Infusjon <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet	Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Utskrapping <input type="checkbox"/> Hinnerester <input type="checkbox"/> Ufullestendig <input type="checkbox"/> Infarkter	Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velamentøst feste <input type="checkbox"/> Marginalt feste <input type="checkbox"/> Karanomali	Fostervann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mistarget <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Stinkende, infisert <input type="checkbox"/> Oligohydramnion <input type="checkbox"/> Blodtilblandet					
D - Om barnet	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 Ved tvil spesifiser i «D» For dødfødsle: <input type="checkbox"/> Usikkert kjønn	Barnets vekt: <input type="text"/> Hode-omkrets: <input type="text"/>	Total lengde: <input type="text"/> 1 min Eventuelt sete-ssemål: <input type="text"/> 5 min	Apgar score:	
	Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp. abort Oppgi dødsårsak i «D»	For dødfødsle: <input type="checkbox"/> Død før fødsel <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	Levendefødt, død innen 24 timer: 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 Overfl. til: <input type="text"/>	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Medfødte misd. <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser						
Neonatale diagn.: (Fyll ut av lege/pediater) <input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Medl. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hofteleddsdypl. beh. m/pute <input type="checkbox"/> Intrakraniell blødning	<input type="checkbox"/> Transit. tachypnoe <input type="checkbox"/> Resp. distress syndr. <input type="checkbox"/> Aspirasjonssyndrom <input type="checkbox"/> Neonatale krampes	<input type="checkbox"/> Cerebral irritasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Abstinens <input type="checkbox"/> Neonatale krampes	<input type="checkbox"/> Konjunktivitt beh. <input type="checkbox"/> Navle/hudinf. beh. <input type="checkbox"/> Perinat. inf. bakteriell <input type="checkbox"/> Perinat. inf. andre	<input type="checkbox"/> Fract. clavicular <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.	Icterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysbehandlet <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser	
Tegn til medfødte misdannelse: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medfødte misdannelse - utfylls av lege					Årsak: <input type="checkbox"/> AB0 uforlik. <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annen årsak		

6803 11 23 Anvendt Grafisk IS-1002

Jordmor v/fødsel: Kryss av hvis skjema er oppfølgings-skjema

Jordmor v/utskrivning:

Legge barse/berneavd:

Utskrivningsdato:

Mor:

Barn:

Protokollnr.:

Legge:

Registreringskjema

Forstegangsregistrering: Oppfølging:

Pasient

Navn: Etternavn Fornavn

Personnummer:

Adresse: Gate Postadresse

Mann

Kvinne

Sykdom

Har pasienten andre sykdommer? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja, angi:

Autoimmune sykdommer:

Andre sykdommer:

MS i familien

Har pasienten biologiske familiemedlemmer med diagnosen MS? Ja Nei Vet ikke

Som familie regnes foreldre, søsken, halv søsken, barn, barnebarn, besteforeldre, onkler, tanter, nieser, nevøer, oldeforeldre, søskenbarn

Hvis ja: Angi antall slektninger med MS:

Angi slektskapsforhold:

(dette krever at pasienten har fått muntlig samtykke)

Debut

Debutår:

Manifestasjoner ved debut: (Flere kryss mulig)

Mental Brainstem Pyramidal Bowel and bladder

Visual Sensory Cerebellar Annet:

Diagnose

Diagnoseår:

Hvor ble diagnosen stilt (institusjon):

Klinikk	0	1	≥ 2		MRI	Ja	Nei	Vet ikke
Antall attack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		MRI-utbredelse i rom jfr. McDonald	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall nevrologiske utfall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		MRI-utbredelse i tid jfr. McDonald	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fremkalt responser	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke utført	MRI: forenlig med PPMS jfr. McDonald	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patologisk VER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MRI: ≥ 2 lesjoner forenlig med MS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patologisk AER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MRI ikke utført			
Patologisk SER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Spinalvæske	Ja	Nei	Vet ikke
					Oligoklonale bånd?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Forhøyet IgG-indeks?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					Er isoelektrisk fokusering utført?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="checkbox"/> Spinalvæskeanalyse ikke utført			

Forløp

Sykdom ved debut: Relapsing-remitting Primær progressiv Vet ikke

Overgang til sekundær progressiv MS? Ja Nei Vet ikke

Ja, angi årstall: Vet ikke

Om utfyllingen

Dato for utfylling:

Dag Mnd År

Hvor er opplysningene hentet fra: (Flere kryss mulig)

Epikriser Journal Samtale med pasient

Har pasienten undertegnet samtykkeerklæringen? Ja Dato:

Dag Mnd År

Hvem fylte ut skjemaet:

Sykehus/Institusjon:

Signatur: