

# Appendix I. Notification form, the Medical Birth Registry of Norway, 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"/> Firling	Kjønn 1 <input type="checkbox"/> Gutt 2 <input type="checkbox"/> Pike				
	Etternavn, alle fornavn (bare for levendefødte)					
	Fødested. Navn og adresse på sykehuset/fødehuset			Kommune		
Faren	Etternavn, alle fornavn		Født dag, mnd., år	Bostedskommune		
Moren	Etternavn, alle fornavn. Pikenavn			Født dag, mnd., år		
	Bosted. Adresse			Kommune		
	Ektekapselig 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 (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	Timer	
				Livet varte i	Min	
For dødfødte. Døden inntrådte			1 <input type="checkbox"/> Før fødselen	2 <input type="checkbox"/> Under fødselen		
Dødsårsak:			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. utg. 1988. SIKK GRUPPINK

# Appendix II. Notification form, the Medical Birth Registry of Norway, 1999-



Melding om avsluttet svangerskap etter 16. 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  Pikensavn (etternavn): <input type="text"/>				
	Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/enke	<input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Annet	Mors bokommune: <input type="text"/>					
B – Om svangerskap og mors helse	Siste mensr. 1. blodtdag: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker	Mors tidligere svangerskapsforløp: <input type="text"/>	Levende-født: <input type="text"/>	Dødfødt (24. uke og over): <input type="text"/>	Spontanabort/Dødfødt (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"/>	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet – spesifiser					
C – Om fødselen	Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. utvveisinfeksjon	<input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blødning 13–28 uke <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i +B- <input type="checkbox"/> Føtal/Følsyre <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i +B-	Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> For sv.ssk. 1. ev.ssk. Multivitamin: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Folat/Følsyre: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spesifikasjon av forhold for eller under svangerskapet:  <b>B</b>			
	Spesielle forhold 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"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes	<input type="checkbox"/> Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Preeklampsi lett <input type="checkbox"/> Preeklampsi alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsi før 34. uke <input type="checkbox"/> HELLP syndrom	<input type="checkbox"/> 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+	Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner:  <b>C</b>		
D – Om barnet	Røyking og yrke Fødselen mors samtykke – se rettleiing på baksiden - ved sv.ssk. avslutning? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>	Røykte mor ved sv.ssk. begynnelse? <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig	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"/>	Bransje: <input type="text"/>			
	Lei/representasjon: <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Tverrføle <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i +C-	Fødselstær: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Induser <input type="checkbox"/> Sectio	Ev. Induksjonsmidde: <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"/> Fostermarksdannelser <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i +C-	Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner:  <b>C</b>			
E – Om fødselen	Inngrep/uttak: <input type="checkbox"/> Ingen	Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumeksikator <input type="checkbox"/> Epistomi	Fremtj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremtjelp <input type="checkbox"/> Uttrekning <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode	Sectio: 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	Vannvag. 12–24 timer Vannvag. > 24 timer Mekaniske misforhold Vanskelig skulderforførsning	Placenta previa Abruptio placentae Perinearruptur (grad 1-2) Spincternruptur (gr. 3-4)	Blød.> 1500 ml, transf. Blødning 500–1500 ml Eklampsi under fødsel Navlesnorfreimfall Uterus atoni Paracervical blokk	<input type="checkbox"/> Truende intrauterin aystaki <input type="checkbox"/> Risvekkelse, stimulert <input type="checkbox"/> Langsom fremgang <input type="checkbox"/> Annet	Anestesi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lystgass <input type="checkbox"/> Petidin		
F – Om barnet	Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hinnerester <input type="checkbox"/> Utullstendig <input type="checkbox"/> Infarkter	Koagler <input type="checkbox"/> Utskrapping <input type="checkbox"/> Manuell uthenting Placenta-vekt: <input type="text"/>	Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velantest feste <input type="checkbox"/> Marginal feste <input type="checkbox"/> Karanomalier	Omsyngning rundt hals: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Annet omsyngning <input type="checkbox"/> Ekste knute Navlesnor-lengde: <input type="text"/>	Fostervann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion	Mistarget Stinkende, infisert Blodtilblandet	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	
	Fødselstidspunkt: Fødselstidspunkt: <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"/> Pige Barnets vekt: <input type="text"/>	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"/>
G – Om barnet	Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp.abort Oppgi dødsårsak i +D-	For dødfødt: <input type="checkbox"/> Død før fødsel <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødsstidspunkt	For dødfødt, 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"/>	Aggar score: 1 min 5 min	
	Overfl. barselve: <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"/> Perinatale infeksjoner	Behandlingskode: <input type="checkbox"/> Systemisk antibiotika <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> CPAP beh.			
H – Om barnet	Neonatale diagn.: <input type="checkbox"/> Intet spesielt	Hyppoglyk. (< 2 mmol/l) Medf. anemi (Hb < 13.5 g/dl) Hørfølsedyssyl. beh. m/pute	Transit. tachypnoe Resp. distress syndr. Aspirasjonssyndrom Intrakraniell blødning	Cerebral irritasjon Cerebral depresjon Abstinens Neonatale kramper	Konjunktivitt beh. Navle/hudinf. beh. Perinat. inf. bakterielle Perinat. inf. andre	Fract. clavicularae Annen fraktur Facialisparese Plexuskade	Icterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysbehandlet <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Årsak: <input type="checkbox"/> ABO 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						
Kryss av hvis skjema er oppfølgings-skjema								
Jordmor v/fødsel: <input type="text"/>								
Jordmor v/utskrivning: <input type="text"/>								
Utskrivningsdato: <input type="text"/>								
Mors: <input type="text"/>								
Barn: <input type="text"/>								
Lege: <input type="text"/>								
Lege barsel/barnavevt: <input type="text"/>								
Protokollnr.: <input type="text"/>								