

**OPPFØLGINGSSKJEMA FOR GRAVIDITET
ETTER BRUK AV PROCYSBI**

Kun til kontorbruk

| | |
|-------------------------------|------------|
| Hendelsesnummer | |
| Dato mottatt av firma: | (dd/mm/åå) |

| |
|--------------------------------------|
| Pasient |
| Alder v/hendelse eller f.dato |
| Sykehus / ID-nr: |

| |
|---|
| Beskrivelse |
| |
| |
| Dato for siste menstruasjon (dd/mm/åå) |

| |
|--|
| Er positiv graviditetstest bekreftet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, når? (dd/mm/åå) |
| Hvis ja, hvilken test og hvordan ble den bekreftet? |
| |
| |

| |
|--|
| Prevensjonsmetode? |
| Ble prevensjon brukt som tiltenkt? |
| Hvis nei, gi opplysninger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikkert |
| |
| |

| |
|---|
| Er det foretatt spesifikke prøver, f.eks fostervannsprøve, ultralyd, maternal serum-AFP, så langt i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, når? (dd/mm/åå) |
| Evt. prøver og resultater |
| |
| |

| |
|--|
| Foreligger tidligere obstetrikkanamnese som <input type="checkbox"/> terminering <input type="checkbox"/> dødfødsel |
| <input type="checkbox"/> Graviditet <i>Hvis ja, angi detaljer og utfall</i> |
| |
| |

| |
|---|
| Anamnese |
| Informasjon om familiær sykdom, kjente risikofaktorer eller tilstander som kan påvirke utfallet av svangerskapet |
| |
| |

| |
|---|
| Utfall av svangerskap |
| Abort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja : <input type="checkbox"/> terapeutisk <input type="checkbox"/> planlagt <input type="checkbox"/> spontan Dato : |
| <i>Spesifiser årsak og eventuelle misdannelser:</i> |
| |
| |

