

Fertilitetsklinikken, Rigshospitalet

Oplysninger om graviditets- og fødselsforløb efter behandling for barnløshed

Vi beder jer om, at udfylde nedenstående og returnere skemaet til Fertilitetsklinikken efter graviditetens afslutning, idet vi ønsker at kende forløbet af alle graviditeter.

I kan maile det til fertilitet.rigshospitalet@regionh.dk

Kvinden:

Navn:

CPR:

Adresse:

Tlf.:

Manden:

Navn:

Cpr.:

Behandling:

IVF Mikroinsemination FER Insemination Anden/ingen behandling

Ægudtagning/insemination den _____

Ultralydsscanning den _____ Antal levende fostre _____

Beregnet "Sidste menstruationsdag" den _____ og termin den _____

Graviditeten

Fik du foretaget

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - Nakkefoldsscanning | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| - Doubletest | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| - Moderkagebiopsi (CVS) | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| - Fostervandsprøve | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
| - Ultralydsscanning i 18.-20. uge (mhp. misdannelser) | ja <input type="checkbox"/> | nej <input type="checkbox"/> |
- Hvis ja: Var undersøgelsen(erne) normale ja nej

Hvis en eller flere undersøgelser **ikke** var normale, forklar da venligst:

Endte graviditeten med abort? ja nej

Hvis ja:

Abort før eller i uge 12 ja nej

Abort efter uge 12 ja nej

Graviditet udenfor livmoderen ja nej

Fødslen

Dato for fødslen _____ på (hospital) _____

Pige Dreng Vægt _____ gr. Længde _____ cm. CPR: _____

Pige Dreng Vægt _____ gr. Længde _____ cm. CPR: _____

Pige Dreng Vægt _____ gr. Længde _____ cm. CPR: _____

Blev der foretaget kejsersnit?

Har barnet(børnene) nogle medfødte misdannelser? Ja nej

Hvis ja, hvilke medfødte misdannelser?

Yderligere bemærkninger:

Vi vil gerne, af hensyn til opfølgning og registrering af graviditetsforløb og børnenes tilstand ved og efter fødslen, have jeres tilladelse til, at indhente oplysninger fra journaler på moder/barn på de behandlende afdelinger, hvis der findes behov for det. Vi vil også gerne kunne indhente oplysninger om kromosomundersøgelsen, hvis der er foretaget fostervands- og/eller moderkageprøve samt i tilfælde af misdannelser, indhente oplysninger fra misdannelsesregisteret.

Dato: _____

kvindens underskrift

mandens underskrift

Husk, at hvis I har nedfrosne befrugtede æg, skal disse anvendes senest 5 år efter dagen for ægoplægning og vi skal have en ny henvisning fra jeres egen læge. Hører vi ikke fra jer, bliver de befrugtede æg destrueret i henhold til gældende lov.

TAK for hjælpen. Skemaet returneres efter graviditetens afslutning til

Vores mail: fertilitet.rigshospitalet@regionh.dk

Eller sendes pr. post til

Rigshospitalet

Fertilitetsklinikken 4071

Blegdamsvej 9

2100 København Ø