

Fertilitetsbehandling och graviditetsraport

Denna rapport är avsedd för att utskrivas. Anvisningen innehåller ställen som ska fyllas i.

Graviditetsraporten är ämnad för patienter, **som fått fertilitetsbehandling på infertilitetsmottagningen**. Vi behöver information om graviditeten som börjat genom fertilitetsbehandling slutat i förlossning eller missfall. Informationen behövs för nationell statistik.

Vänligen skicka in den ifyllda blanketten till: Fertilitetsskötaren, Åucs Fyrssjukhuset, Gynekologiska mottagningarna (MK6), PL52, 20521 ÅBO

Jag/Vi (namnen och personbeteckning) _____

har genomgått följande fertilitetsbehandling (Datum/Månad/år): _____

- ___ Inseminationsbehandling
- ___ Provrörsbehandling IVF/ ICSI
- ___ Överföring av djupfryst embryo

Förlossning

Förlossningsdatum: _____, Graviditetens längd (veckor+dagar) _____

Förlossningssjukhus: _____

Problem under graviditeten: _____

1. Flicka/ Pojke: Längd _____, Vikt _____, Apgar poäng ____/____/____
2. Flicka/ Pojke: Längd _____, Vikt _____, Apgar poäng ____/____/____

Förlossningssätt: ___ normal vaginal, ___ kejsarsnitt, ___ sugklocka, ___ tång

Barnets/barnens tillstånd på förlossningssjukhuset (vid behov sammandrag):

Hos barnet/barnen noterade abnormiteter:

Missfall

Missfall under _____ graviditetsveckan

Sjukhus _____

Missfallet behandlats ___ med medicine, ___ genom skrapning, ___ ingen behandling

Vårt varmaste tack! Fertilitetspolikliniken