

Graviditetsuppföljning

Uppföljning av graviditet som uppkommit vid assisterad befruktning på Lunds IVF Center.

Patientuppgifter:

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Var skedde förlossning?

Plats	Förlossningsdatum
-------	-------------------

Hur födde du barn?

<input type="checkbox"/> Vaginal förlossning	<input type="checkbox"/> Sugklocka	<input type="checkbox"/> Sectio (kejsarsnitt)
--	------------------------------------	---

Barnets kön:

<input type="checkbox"/> Flicka	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka	<input type="checkbox"/> Pojke
Vikt (kg) _____	Längd (cm) _____	Vikt (kg) _____	Längd (cm) _____

Eventuella komplikationer i samband med förlossning:

Vårdades barnet på barnklinik? Ja Nej

Kommentarer

Jag medger härmed till att Lunds IVF Center rekvirerar min fölossningsjournal

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Ifylld blankett mejlas eller skickas till kliniken.