



Fertilitetsklinikken, Sjællands Universitetshospital

Oplysninger om graviditets- og fødselsforløb efter behandling for barnløshed

Skemaet udleveres til gravide, der afsluttes fra Fertilitetsklinikken. Vi beder dig udfylde nedenstående og returnere skemaet til Fertilitetsklinikken efter graviditetens afslutning.

Kvinden:

Manden:

CPR: _____

CPR: _____ **Tlf.** _____

Navn: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Behandlingen:

- Alm. IVF
 Mikroinsemination (ICSI)
 Fryseæg
 Insemination
 Operation
 Anden behandling
 Ingen behandling

Ægoplægning/insemination, dato: _____

Ultralyd, dato: _____

Antal levende fostre: _____

Termin, dato: _____

Graviditeten

Fik du foretaget:

- a) Nakkefoldskanning? Ja: Nej:
 b) Fostervandsprøve? Ja: Nej:
 c) Moderkageprøve? Ja: Nej:
 Hvis ja, var resultatet normalt? Ja: Nej:

Såfremt én af ovenstående prøver viste noget unormalt, beskriv venligst:

Endte graviditeten med abort? Ja: Nej:

Hvis ja: Abort før 12. uge? Ja: Nej:

 Abort efter 12. uge? Ja: Nej:

 Graviditet udenfor livmoderen? Ja: Nej:

Enkelte par med trillinger eller flere fostre har fået udført fosterreduktion (selektiv abort) på et eller flere fostre. Har du fået udført dette? Ja: Nej:

Indtrådte komplikationer i graviditeten? Nej: Ja: Hvilke? _____

Var du indlagt? Ja: Nej: Måned: _____ Sygehus? _____

