



LANDSPÍTALI

Beiðni um fylgjurannsókn

Stofnun <input type="checkbox"/> Innliggjandi <input type="checkbox"/> Ambulant			
Legudeild	Dags beiðni		
Læknir	Læknanúmer	Sími læknis	
Viðtakandi: Meinafræðideild Landspítala Hús 8 Hringbraut, við Barónsstíg 101 Reykjavík, sími: 543 8066	Nafn sjúklings		
	Heimili		
	Kennitala		
Upplýsingar um móður			
Blóðflokkur	Mótefnamyndun	Blóðflokkamisræmi	
Fyrri fæðingar	Fósturlát	Andvana fæðingar	
	Dáin	Lifandi	
Meðgangan			
Síðustu tíðir	Meðgöngulengd (vikur)		
Sykursýki	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Blóðleysi	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Hækkaður blóðþrýstingur	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Lyfjanotkun	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Fæðingareitrun	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Reykingar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Fæðingarkrampar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Annað	
Sýkingar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		
Fæðingin			
Fósturstaða	Vaginal fæðing	Keisari	
Gangsetning	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Blæðing	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Föst fylgja	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Fyrirsæt fylgja	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Hiti	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Litað legvatn	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Naflastrengsframf.	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Annað	
Naflastrengur vafinn	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		
Barnið			
Fæðingardagur og -stund	Drengur / stúlka	Þyngd	Lengd
Eðlilegt	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Á vökudelið	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Við fæðingu			
Ljós móðir	Læknir		
Aðrar upplýsingar			