

Stofnun	Legudeild	Ambulant	Númer
Læknir sjúklings	Beiðni ritar	Sími/Kalltæki	Dags. beiðni
Ein. R.H.			
Viðtakandi	Nafn sjúklings		
Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði Barónsstíg 101 REYKJAVÍK	Heimili		
	Kennitala		

Blóðflokkur _____ Mótefnamyndun _____ Blóðflokkamisræmi _____

Fyrri fæð. _____ Fósturlát _____ Andv. fæð. _____ Dáin _____ Lifandi _____

MEDGANGAN:

Síðustu tíðir _____ Meðgöngulengd _____ vikur

Sykursýki	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Lyfjanotkun	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Hækkaður blþr.	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Reykingar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Fæðingareitrun	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Annað	_____
Fæðingarkrampar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		_____
Sýkingar	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		_____
Blóðleysi	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		_____

FÆÐINGIN:

Fósturstaða _____ Vaginal fæð. _____ 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"/>
Naflastr. framf.	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Annað	_____
Naflastr. vafinn	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>		_____

BARNIÐ:

Fæðingard. & stund _____ Drengur _____ Stúlka _____

Þyngd _____ g	Lengd _____ sm	Eðlilegt	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>
Á Vökudeild	Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>	Annað	_____

Við fæðingu: Ljósni. _____ Læknir _____

AÐRAR UPPLÝSINGAR: _____

SVAR

Dagsetning