

Fra Lege / legesenter:		Stempel:
Adresse:		
Telefon:		

Til f.eks. Oversykepleier Kvinneklinikken, UNN  
Postboks 24  
9038 Tromsø

## Henvising vedrørende svangerskapsavbrudd

Navn.....			
Adresse.....			
Fødselsnummer (11 siffer):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>
Sivilstatus (nå):.....	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/ separert / enke <input type="checkbox"/> Annet / ikke oppgitt		
Boforhold:.....	<input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med ektefelle / samboer <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre: Foreldre/ bokollektiv <input type="checkbox"/> Annet / ikke oppgitt		
Arbeid/skolegang/annet (nå)	<input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid <input type="checkbox"/> Elev/student <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv		
	<input type="checkbox"/> Arbeidssøkende <input type="checkbox"/> Trygdet <input type="checkbox"/> Annet / ikke oppgitt		
Høyeste fullførte utdanning	<input type="checkbox"/> Grunn-/ ungdomsskole <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Høgskole / universitet <input type="checkbox"/> Ingen / annet		
Tidligere svangerskap med utfall – antall .....	Fødsler etter 22 fullgatte uker: <input type="text"/>	Spontanaborter før 22 fullgatte uker: <input type="text"/>	Ekstrauterine svangerskap: <input type="text"/> Provoverte aborter: <input type="text"/> År for siste avbrudd: <input type="text"/>
Tidligere sykdommer.....	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Lungesykdom <input type="checkbox"/> Res. Urinveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Hepatitt, spesifiser: <input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Gyn.sykdom/ operasjon		
Spesifikasjon av tidligere sykdommer			
Siste menstruasjon.....	<input type="text"/>	Røyking: <input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig, oppgi antall : <input type="text"/>	
Er etterkontroll avtalt.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Gynekologisk undersøkelse:			

### Det bekreftes at:

- Serum til bestemmelse av rhesus, HIV antistoff og cervixprøve for chlamydia er sendt til mikrobiologisk avdeling, UNN. Remissen er merket **“Rutine i.f.m. inngrep – kopi til Gynekologisk poliklinikk, UNN”**
- Undertegnet begjæring om svangerskapsavbrudd følger vedlagt
- Pasienten er orientert om inngrepets art og evt. komplikasjoner

Dato:

Sted:

Underskrift