



Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke – Fødsel, dødfødsel, spontanabort

Se utfyllingsinstruks for blanketten på baksiden



A – Sivile opplysninger	Institusjonsnr: <input type="text"/>	Institusjonsnavn: <input type="text"/>	Fødsel utenfor institusjon: <input type="checkbox"/> Hjemme, planlagt <input type="checkbox"/> Hjemme, ikke planlagt <input type="checkbox"/> Under transport <input type="checkbox"/> Annet sted	Mors fulle navn og adresse: <input type="text"/>
	Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/enke	Slektskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvorledes: <input type="text"/>	Mors bokommune: <input type="text"/>	Pikenavn (etternavn): <input type="text"/>
	Fars fødselsdato: <input type="text"/>	Fars fulle navn: <input type="text"/>	Mors fødselsnr.: <input type="text"/>	

B – Om svangerskap og mors helse	Siste menstr. 1. blodn.dag: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker	Mors tidligere svangerskap/fødte: <input type="text"/>	Levende-fødte: <input type="text"/>	Dødfødte (24. uke og over): <input type="text"/>	Spontanabort/Dødfødte (12.–23. uke): <input type="text"/>	Spontanaborter (under 12. uke): <input type="text"/>	
	Ultralyd utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja UL termin: <input type="text"/>	Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet – spesifiser: <input type="text"/>	B				
	Spesielle forhold før svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»					
	Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blødning 13–28 uke <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Preeklampsi lett <input type="checkbox"/> Preeklampsi alvorlig <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes	<input type="checkbox"/> Eklampsi <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Trombose, beh. <input type="checkbox"/> Infeksjon, spes. i «B»	Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja – spesifiser i «B»				

C – Om fødselen	Leie/presentasjon: <input type="checkbox"/> Sete <input type="checkbox"/> Tverrleie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Fødselstert: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio	Ev. induksjonsmetode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	Indikasjon for inngrep og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Fostermiddannelser <input type="checkbox"/> Overtid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»
	Inngrep/tiltak: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utskj. tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumeksikator <input type="checkbox"/> Episiotomi	Fremhj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjelp <input type="checkbox"/> Uttrekning <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode	Sectio: <input type="checkbox"/> Sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utført som elektiv sectio <input type="checkbox"/> Utført som akutt sectio	C
	Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12–24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske misforhold <input type="checkbox"/> Vanskelig skulderforløsning	<input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Sphincterruptur (gr. 3-4)	<input type="checkbox"/> Blødning > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødning 500–1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorfremfall <input type="checkbox"/> Uterus atoni <input type="checkbox"/> Annet:	
	Anestesi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lystgass <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon	<input type="checkbox"/> Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	

D – Om barnet	Fødselsdato: <input type="text"/>	Klokken: <input type="text"/>	Pluralitet: <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flerfødsel	For flerfødsel: For <input type="text"/> av totalt <input type="text"/>	Kjønn: <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike	Barnets vekt: <input type="text"/>	Total lengde: <input type="text"/>	Apgar score: <input type="text"/>	
	Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/sp. abort	Oppgi dødsårsak i «D»: <input type="text"/>	For dødfødte: <input type="checkbox"/> Død før fødsel <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødstidspunkt	For dødfødte, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død før innkomst <input type="checkbox"/> Død etter innkomst	Levendefødt, død innen 24 timer: Livet varte: <input type="text"/> timer <input type="text"/> min.	Død senere (dato): <input type="text"/>	Klokken: <input type="text"/>	Eventuelt sete-issemål: <input type="text"/>	5 min: <input type="text"/>
	Overfl. barneavd.: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Dato: <input type="text"/>	Overfl. til: <input type="text"/>	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Prematur	<input type="checkbox"/> Misfarget <input type="checkbox"/> Stinkende, infisert <input type="checkbox"/> Blodtilblandet	<input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Mor intensivbeh. <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Eklampsi post partum <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser			
	Neonatale diagn.: <input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Medf. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hofteleddsdyspl. beh. m/pute	<input type="checkbox"/> Transit. tachypnoe <input type="checkbox"/> Resp. distress syndr. <input type="checkbox"/> Aspirasjonssyndrom <input type="checkbox"/> Intrakraniell blødning	<input type="checkbox"/> Cerebral irritasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Abstinens <input type="checkbox"/> Neonatale kramper	<input type="checkbox"/> Konjunktivitt beh. <input type="checkbox"/> Navle./hudinf. beh. <input type="checkbox"/> Perinat. inf. bakterielle <input type="checkbox"/> Perinat. inf. andre	<input type="checkbox"/> Fract. clavicularae <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Facialisparese <input type="checkbox"/> Plexusskade	Behandlingskoder: <input type="text"/>	Icterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysbehandlet <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Årsak: <input type="checkbox"/> ABO uforlik <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annen årsak

IS-1002 100179 / ANDVORDRAG.FSK.NO

Kryss av hvis skjema er oppfølgingskjema

Jordmor v/fødsel: Utskrivningsdato:

Jordmor v/utskrivning: Mor:

Protokollnr.: / Lege: Barn:

Lege barse/barneavd:

Kort instruksjon for utfylling av skjema IS-1002

For mer utfyllende opplysninger se «Veiledning for utfylling av melding til Medisinsk fødselsregister» fra nettsiden <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/slik-meldes-fodsler/>

- Ark 1 (original – hvit) skal sendes MFR. Ark 2 (blå) sendes til helsestasjon. Ark 3 (gul) beholdes i fødeavdelingens journal. Ark 4 (rosa) følger barnet ved overflytting.
- Skjemaet leses maskinelt ved MFR. Skriv hardt og tydelig. Bruk trykte bokstaver og helst sort kulepenn hvis skjema er fylt ut manuelt. Bruk enkel ikke fet 10–12 punkt skrift ved maskinutfylling.
- Alle tall og kryss skal settes innenfor rammen av feltet.

Ved utfylling for hånd må en påse at alle tall og kryss plasseres innenfor sin egen rute:

Kjønn	<input checked="" type="checkbox"/> Gutt	Barnets vekt:	3470
	<input type="checkbox"/> Pike		
Ved tvil spesifiser i «D»		Hode-omkrets:	36
For dødfødte:	<input type="checkbox"/> Usikkert kjønn		

Ved maskinskrift kan tall skrives fortløpende og trenger ikke plasseres i separate bokser:

Kjønn	<input checked="" type="checkbox"/> Gutt	Barnets vekt:	4370
	<input type="checkbox"/> Pike		
Ved tvil spesifiser i «D»		Hode-omkrets:	36
For dødfødte:	<input type="checkbox"/> Usikkert kjønn		

Kryss kan annulleres ved å sverte hele boksen: For eksempel hvis kjønn er galt utfylt:

Kjønn	<input type="checkbox"/> Gutt	Barnets vekt:	2950
	<input checked="" type="checkbox"/> Pike		
Ved tvil spesifiser i «D»		Hode-omkrets:	31
For dødfødte:	<input type="checkbox"/> Usikkert kjønn		

- Skjema delt i fire avsnitt A: Sivile opplysninger, B: Om svangerskap og mors helse, C: Om fødselen og D: Om barnet. Hvert avsnitt er delt i flere seksjoner. Alle seksjoner skal besvares enten med kryss for «normaltilstand» eller ved kryss for en av de øvrige angitte tilstander. For sjeldne tilstander eller ytterligere spesifikasjoner finnes det en fritekstboks for hver av seksjonene B, C og D.
- I avsnitt B om mors helse finnes det en seksjon om mors røyking og yrke. Disse er meget viktig å få utfylt nøyaktig helst ved direkte spørsmål til mor før fødselen/under oppholdet på fødeavdelingen. Datatilsynet har bestemt at slike opplysninger kun kan videreformidles til MFR ved mors muntlige samtykke.
- Alle fødende skal få orienteringsskriv om registreringen i MFR. Dette må avdelingen selv kopiere opp.
- **For føde-/barselavdelingen:** Skjemaet IS-1002 skal for å få fullstendig registrering følge **barnet** under hele oppholdet. Oppfølgingstiden for fødeavdelingen er barnets første leveuke. Skjemaet skal derfor også følge barnet slik at eventuelle resultater etter pediatriske undersøkelser under opphold på barselavdeling blir rapportert. Deretter skal skjemaet innen 9. dag sendes til MFR via fylkeslegen.
- **For barne-/nyfødtavdeling:** Dersom barnet overføres til barne- eller nyfødtavdeling skal skjemaet sendes fra fødeavdelingen som normalt innen 9. dag, men skjemaet skal påføres dato for overføring samt navn på barneavdelingen. Ark 4 av skjemaet følger barnet. Når barnet utskrives fra barne-/nyfødtavdelingen (eller innen en måned etter fødsel), skal barneavdelingen fylle ut et eksemplar nummer to av samme skjema (IS-1002) med mors navn og fødselsnummer (11 sifre), barnets fødselsdato og barnets pluralitet (nummer av eventuelt tvillinger, trillinger, osv.). Videre skal alle barnets diagnoser anføres, enten ved avkryssing eller som fri tekst i eget felt. Dette oppfølgingsskjema sendes direkte til MFR med kopi til fødeavdelingen. Kopi beholdes i barneavdelingens og fødeavdelingens journaler.

Ved spørsmål kontakt:
Medisinsk fødselsregister
Folkehelseinstituttet
P.b. 973 Sentrum, 5808 Bergen
Telefon: 21 07 70 00
Epost: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Bestilling av skjema:
Helsedirektoratet,
trykksaksekspedisjonen
Epost: trykksak@helsedir.no
helsedirektoratet.no