

Veileder for utfylling av skjema IK-1143 om behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd.

Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endringer i lov av 16. juni 1978 nr.66

Blankettene i skjemasettet skal bidra til å ivareta sykehusenes protokollføringsplikt, meldeplikt om svangerskapsavbrudd til helsemyndighetene og helsepersonells journalplikt. Skjemasettet benyttes fra kvinnen registreres som pasient ved sykehuset.

Skjemasettet består av tre selvkopierende blanketter hvor ulike rubrikker har manglende gjennomslag:

- Ark 1 Protokolldelen inneholder opplysninger i henhold til abortforskriften. Protokollen arkiveres på sykehuset etter saksnummer sammen med øvrig dokumentasjon i saken
- Ark 2 Meldeblankett, skal inneholde opplysninger til register over svangerskapsavbrudd og sendes fortløpende til Nasjonalt folkehelseinstitutt, register over svangerskapsavbrudd, Kalfarveien 31, 5018 Bergen
- Ark 3 Journal, arkiveres i sykehusets pasientjournal

Melding om svangerskapsavbrudd vil bli benyttet av sentrale helsemyndigheter til statistikkproduksjon i forbindelse med tilsynsvirksomhet etter lov om svangerskapsavbrudd. Videre danner opplysningene i register over svangerskapsavbrudd grunnlag for å bidra til å sikre kvaliteten på helsetjenesten. Registeret blir også brukt til forskning som kan gi ny kunnskap om mulig sammenheng mellom svangerskapsavbrudd og kvinnehelseforhold på kort og lang sikt, og gir mulighet til kunnskap som kan bidra til å forebygge uønskede svangerskap.

Veiledning for utfylling

Institusjon: Det sykehus eller den avdeling/institusjon der begjæringen behandles. Oppgi organisasjonsnummeret.

Epikrise til: Navn på den lege som har henvist kvinnen og derfor har oppfølgingsansvar for kvinnen etter utskriving. Kopi av ark 3 oversendes som epikrise.

Selvbestemt eller nemndbehandling: Kryss av i aktuell boks. Selvbestemt gjelder svangerskapsavbrudd innen utgangen av 12. svangerskapsuke, nemndbehandling etter utgangen av 12. svangerskapsuke (over 85 dager).

Fødselsdato: Her må det føres fødselsdato uavhengig av om fødselsdato står på eventuell pregeplate. Feltet hvor pregeplaten kan brukes, gir ikke gjennomslag.

Trygdekommune: Navn og eventuelt nummer på den kommunen hvor kvinnen har sin hjemstedsadresse. For byer med bydelsnummerering føres dette.

Begjæringen; legens navn: Navn på den lege som har signert begjæringen.

Anamnese; tidligere svangerskap med utfall: Her føres antall tidligere svangerskap spesifisert for utfall samt år for siste svangerskapsavbrudd.

Tilbud om informasjon og rådgivning: I henhold til bestemmelsene i abortloven er det legens plikt til å gi informasjon om inngrepets art og virkninger, samt undersøke om kvinnen ønsker rådgivning og at rådgivning blir gitt dersom den abortsøkende ønsker det. Spørsmålene i rubrikken stilles som ledd i kvalitetssikringen og skal besvares.

Røyking: Dersom ikke kvinnen samtykker i at opplysninger om røyking registreres i register over svangerskapsavbrudd ved Folkehelseinstituttet, skal dette angis med kryss.

Status; siste mens mv.: Dato for første dag av siste menstruasjon oppgis. Klinisk undersøkelse om uterus størrelse og eventuelt utralydfunn uttrykkes i antall uker.

Ved behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke (mer enn 85 dager) skal rubrikkene i feltene Nemndbehandling og Fosterdiagnostikk fylles ut

Kvinnens fødselsnummer: Oppgis.

Primærnemndens behandling: Utfylling av behandling i primærnemnd.

Primærnemndens vurdering, og eventuell dissens ved avslag, dokumenteres på tilleggsark og legges ved protokollen.

Ved avslag i nemnd: Krysses av at begjæringen er oversendt fylkesmannen for nemndbehandling i klagenemnd.

Fosterdiagnostikk: Ved utført fosterdiagnostikk må de aktuelle rubrikkene fylles ut.

Avbrudd ikke gjennomført: De aktuelle avkryssingsboksene om årsaken skal fylles ut.

Inngrep og behandling: Det skal spesifiseres for metode for svangerskapsavbrudd. De aktuelle rubrikkene fylles ut. Komplikasjoner og behandling av komplikasjoner dokumenteres i tillegg på vanlig måte i pasientjournal.

Prevensjon: Loven forutsetter at kvinnen som har fått utført svangerskapsavbrudd skal sikres prevensjonsveiledning når hun ønsker det. Det skal dokumenteres dersom slik veiledning er gitt.

Hvis behov for å føre ytterligere opplysninger på ett eller flere områder, benyttes eget ark som legges ved protokoll og/eller pasientjournal.

Det er forøvrig sykehusets ansvar å etablere rutiner som sikrer at personopplysninger forvaltes i tråd med lov om leger, journalforskrift og lov og forskrift om svangerskapsavbrudd.

BRUK KULEPENN OG SKRIV HARDT!

Informasjon til kvinnen om register over svangerskapsavbrudd og Medisinsk fødselsregister finnes på websiden: www.uib.no/mfr/abortregister

Blanketten bestilles hos Sem & Stenersen Prokom AS på telefaks 800 80 048 eller telefon 22 98 31 00. Oppgi bestillingsnr. 704566.

Protokoll ved behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd

Oppbevares atskilt fra pasientjournaler etter saksnummer

Kvinnens navn og adresse

Institusjon	Organisasjonsnummer
Epikrise til henvisende lege	Saksnr.
Trygdekommune	Bydel

- Selvbestemt
 Nemndbehandling

Fødseldato

Telefon

Begjæringen	Begjæringen fremsatt av	Begjæring signert av kvinnen og legen	Fylkesmannens samtykke iht. § 9
	<input type="checkbox"/> Kvinnen <input type="checkbox"/> Verge	Legens navn	<input type="checkbox"/> a / b / c

Om kvinnen	Sivilstatus nå	Borforhold nå (sett ett kryss)
	<input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt	<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"/> Ikke oppgitt

Arbeid/skolegang/annet nå (sett evt flere kryss)	Høyeste fullførte utdanning
<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"/> Ikke oppgitt	<input type="checkbox"/> Grunn-/ungdomskole <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt

Journaldato	Journal skrevet av	Røyking	Antall	Kvinnen motsetter seg melding av røykeopplysninger
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/>

Tidligere svangerskap med utfall (antall)	Provoserte aborter	Informasjon om inngrepets art og virkning jf. abl. § 5 gitt?
Fødsler etter 22 fullgatte uker	Antall	<input type="checkbox"/> Ja
Spontanaborter før fullgatte 22 uker	Ar for siste avbrudd	Tilbud om rådgivning jf. abl. § 2.1 gitt?
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Prevensjonsbruk da kvinnen ble gravid	Spesifikasjon
<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Sikre perioder <input type="checkbox"/> Avbrutt samleie	<input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> P-pille/mini-pille <input type="checkbox"/> P-sprøyte
<input type="checkbox"/> P-plaster <input type="checkbox"/> P-stav <input type="checkbox"/> P-ring	<input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Hormonspiral <input type="checkbox"/> Nødprevensjon
<input type="checkbox"/> Kvinne sterilisert <input type="checkbox"/> Mann sterilisert <input type="checkbox"/> Ikke besvart	<input type="checkbox"/> Annet:

Tidligere sykdommer	Spesifikasjon
<input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Lungesykd. <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Gyn. sykd./operasjon
<input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Annet:	

Allergi	Faste medisiner
Vekt	Høyde
BT	Cor
Pulm	Abdomen
GU: VVP, Uterus, Adnexa	
Fritekst (bruk evt. tilleggsark)	

Siste mens	Uterus tilsvarende palpatorisk	Evt. UL-funn tilsvarende	Klamydiaprøve	Andre mikrobiologiske prøver – spesifiser
Dato	uker	uker	<input type="checkbox"/> Ikke tatt <input type="checkbox"/> Prøve tatt i dag <input type="checkbox"/> Svar foreligger ikke	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Forurenset

Primærnemndens behandling (når svangerskapet er over 84 dager (12 uker))	Underskrifter av primærnemnden (to underskrifter)
Kvinnens fødselsnummer	Dato
Begjæringen er	Spesifiser
<input type="checkbox"/> uten vedtak <input type="checkbox"/> innvilget <input type="checkbox"/> avslått	<input type="checkbox"/> Hvis uten vedtak: <input type="checkbox"/> Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Spontan abort <input type="checkbox"/> Ikke gravid <input type="checkbox"/> Ikke møtt i nemnd <input type="checkbox"/> Annen årsak
Begjæringen innvilget iht. § 2.3 (sett ev. flere kryss)	Begjæring oversendt fylkesmannen for behandling i klagenemnd (jf. Lovens § 8)
<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e	Dato, underskrift
Begrunnelse for avslag i primærnemnd. Bruk eget ark.	
Enstemmig avslag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Begrunnelse for dissens. Bruk eget ark.

Fosterdiagnostikk	Dersom utført diagnostikk	Spesifisert klinisk diagnose	Diagnose bekreftet
<input type="checkbox"/> Ikke utført <input type="checkbox"/> Ultralyddiagnostikk <input type="checkbox"/> Magnetisk resonans <input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Maternell blodprøve <input type="checkbox"/> Fosterblodprøve <input type="checkbox"/> Morkakeprøve <input type="checkbox"/> Foster vannsprøve <input type="checkbox"/> Føtal punksjon <input type="checkbox"/> Biopsi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologi	<input type="checkbox"/> Ja, ved syning <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Obduksjon
	Antall fostre:	Diagnosekode (ICD10) og beskrivelse	

Avbrudd ikke gjennomført	Svangerskapsavbrudd gjennomført	Fosteret fjernet eller utstøtt:
Begrunnelse: <input type="checkbox"/> Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Ikke møtt <input type="checkbox"/> Ikke gravid	Metode: <input type="checkbox"/> Medikamentell <input type="checkbox"/> Kirurgisk <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. uten forbehandling <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. etter prostaglandin <input type="checkbox"/> Hysterotomi og evak. (sectio minor)	Dato
Annens årsak	Utført av lege	Antall gjenværende fostre:
		<input type="checkbox"/> Ikke utstøtt under oppholdet

Inngrep/Behandling	Andre inngrep	Komplikasjoner ved sv.avbruddet	Behandling ved komplikasjoner
<input type="checkbox"/> Poliklinikk/dagpasient <input type="checkbox"/> Innleggelse	<input type="checkbox"/> Spiral satt inn <input type="checkbox"/> Sterilisering <input type="checkbox"/> Annet – spesifiser	<input type="checkbox"/> Ufullstendig abort <input type="checkbox"/> Perforasjon <input type="checkbox"/> Annet (Eget ark)	<input type="checkbox"/> Kirurgisk revisjon av uterinhulen <input type="checkbox"/> Laparoskopi <input type="checkbox"/> Laparotomi <input type="checkbox"/> Blodtransfusjon – spesifiser <input type="checkbox"/> Annet:
Fritekst			

Ved utreise	Rh	Anti-D, gammaglob.beh.	Gitt av	Sykmeldt fra	Sykmeldt til
Dato	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			

Meldeblankett for behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd

Sendes fortløpende til register over svangerskapsavbrudd

Institusjon		Organisasjonsnummer			
Epikrise til henvisende lege			Saksnr.		<input type="checkbox"/> Selvbestemt <input type="checkbox"/> Nemndbehandling
Trygdekommune			Bydel		
		Fødseldato			
Begjæringen	Begjæringen fremsatt av <input type="checkbox"/> Kvinnen <input type="checkbox"/> Verge Begjæringen datert: _____ Begjæring mottatt dato: _____			Begjæring signert av kvinnen og legen Legens navn: _____	
				Fylkesmannens samtykke iht. § 9 <input type="checkbox"/> a / b / c	
Om kvinnen	Sivilstatus nå <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt			Boforhold nå (sett ett kryss) <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"/> Ikke oppgitt	
	Arbeid/skolegang/annet nå (sett evt flere kryss) <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"/> Ikke oppgitt			Høyeste fullførte utdanning <input type="checkbox"/> Grunn-/ungdomskole <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Ikke oppgitt	
Journaldato: _____		Journal skrevet av: _____		Røyking <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Daglig Antall: _____	
Tidligere svangerskap med utfall (antall) Fødsler etter 22 fullgatte uker: _____ Spontanaborter før fullgatte 22 uker: _____ Ekstrauterine svangerskap: _____		Provoserte aborter Antall: _____ Ar for siste avbrudd: _____		Informasjon om inngrepets art og virkning jf. abl. § 5 gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Tilbud om rådgivning jf. abl. § 2.1 gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Anamnese	Prevensjonsbruk da kvinnen ble gravid <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Sikre perioder <input type="checkbox"/> Avbrutt samleie <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> P-pille/mini-pille <input type="checkbox"/> P-sprøyte <input type="checkbox"/> P-plaster <input type="checkbox"/> P-stav <input type="checkbox"/> P-ring <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Hormonspiral <input type="checkbox"/> Nødprevensjon <input type="checkbox"/> Kvinne sterilisert <input type="checkbox"/> Mann sterilisert <input type="checkbox"/> Annet: _____ Spesifikasjon: _____				
	Tidligere sykdommer <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lungesykd. <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon <input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Gyn. sykd./operasjon <input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> Annet: _____ Spesifikasjon: _____				
Status	Faste medisiner: _____				
	Vekt: _____	Høyde: _____			
Siste mens Dato: _____		Uterus tilsvarende palpatorisk uker: _____		Evt. UL-funn tilsvarende uker: _____	
		Klamydiaprøve <input type="checkbox"/> Ikke tatt <input type="checkbox"/> Prøve tatt i dag <input type="checkbox"/> Svar foreligger ikke		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Forurenset Andre mikrobiologiske prøver – spesifiser: _____	
Nemndbehandling	Primærnemndens behandling (når svangerskapet er over 84 dager (12 uker)) Kvinnens fødselsnummer: _____ Dato: _____				
	Begjæringen er <input type="checkbox"/> uten vedtak <input type="checkbox"/> innvilget <input type="checkbox"/> avslått Hvis uten vedtak: <input type="checkbox"/> Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Spontan abort <input type="checkbox"/> Ikke gravid <input type="checkbox"/> Ikke møtt i nemnd <input type="checkbox"/> Annen årsak Begjæringen innvilget iht. § 2.3 (sett ev. flere kryss) <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e Bruk eget ark for nemndens begrunnelse. Begrunnelse for avslag i primærnemnd. Bruk eget ark. <input type="checkbox"/> Enstemmig avslag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Begrunnelse for dissens. Bruk eget ark.				
Fosterdiagnostikk	Diagnostikk <input type="checkbox"/> Ikke utført <input type="checkbox"/> Ultralyddiagnostikk <input type="checkbox"/> Magnetisk resonans <input type="checkbox"/> Annet		Dersom utført diagnostikk <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patologi Antall fostre: _____		Spesifisert klinisk diagnose Diagnosekode (ICD10) og beskrivelse: _____
	Diagnose bekreftet <input type="checkbox"/> Ja, ved syning <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Obduksjon				
Inngrep/Behandling	Avbrudd ikke gjennomført Begrunnelse: <input type="checkbox"/> Trukket tilbake <input type="checkbox"/> Ikke møtt <input type="checkbox"/> Ikke gravid <input type="checkbox"/> Spontanabort <input type="checkbox"/> Annen årsak		Svangerskapsavbrudd gjennomført Metode: <input type="checkbox"/> Medikamentell <input type="checkbox"/> Kirurgisk <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. uten forbehandling <input type="checkbox"/> Vakuumaspir. etter prostaglandin <input type="checkbox"/> Hysterotomi og evak. (sectio minor)		Fosteret fjernet eller utstøtt: _____ Dato: _____ Antall gjenværende fostre: _____ <input type="checkbox"/> Ikke utstøtt under oppholdet
	Institusjonsoppf. <input type="checkbox"/> Poliklinikk/dagpasient <input type="checkbox"/> Innleggelse Fritekst: _____		Prevensjonsveil. gitt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Andre inngrep <input type="checkbox"/> Spiral satt inn <input type="checkbox"/> Sterilisering <input type="checkbox"/> Annet – spesifiser: _____
		Komplikasjoner ved sv.avbruddet <input type="checkbox"/> Ufullstendig abort <input type="checkbox"/> Perforasjon <input type="checkbox"/> Annet (Eget ark)		Behandling ved komplikasjoner <input type="checkbox"/> Kirurgisk revisjon av uterinhulen <input type="checkbox"/> Laparoskopi <input type="checkbox"/> Laparotomi <input type="checkbox"/> Blodtransfusjon – spesifiser: _____ <input type="checkbox"/> Annet: _____	

Oppbevares i pasientjournal

Ta ev. kopi av journal som epikrise

Kvinnens navn og adresse

Institusjon	Organisasjonsnummer
Epikrise til henvisende lege	Saksnr.
Trygdekommune	Bydel

Fødseldato

Telefon

Anamnese

Journaldato: Journal skrevet av:

Røyking: Ja Av og til Nei Daglig Antall:

Kvinnen motsetter seg melding av røykeopplysninger

Tidligere svangerskap med utfall (antall)

Fødsler etter 22 fullgatte uker: Spontanaborter før fullgatte 22 uker: Ekstrauterine svangerskap:

Provoserte aborter: Antall: År for siste avbrudd:

Informasjon om inngrepets art og virkning jf. abl. § 5 gitt? Ja Nei

Tilbud om rådgivning jf. abl. § 2.1 gitt? Ja Nei

Tidligere sykdommer

Intet spesielt

Hjertesykdom Lungesykd. Res. urinveisinfeksjon Hepatitt

Hypertensjon Astma Kronisk nyresykdom

Diabetes Epilepsi Gyn. sykdom/operasjon Annet:

Spesifikasjon:

Status

Allergi: Faste medisiner:

Vekt: Høyde: BT: / Cor: Pulm: Abdomen: GU: VVP, Uterus, Adnexa

Fritekst (bruk evt. tilleggsark):

Siste mens: Dato:

Uterus tilsvarende palpatorisk: uker

Evt. UL-funn tilsvarende: uker

Klamydiaprøve: Ikke tatt Prøve tatt i dag Svar foreligger ikke

Pos. Neg. Forurenset

Andre mikrobiologiske prøver – spesifiser:

Fosterdiagnostikk

Ikke utført Ultralyddiagnostikk Magnetisk resonans Annet

Maternell blodprøve Fosterblodprøve Morkakeprøve Fostervannsprøve Føtal punksjon Biopsi

Dersom utført diagnostikk: Normal Patologi

Spesifisert klinisk diagnose: Diagnosekode (ICD10) og beskrivelse:

Diagnose bekreftet: Ja, ved syning Nei Obduksjon

Antall fostre:

Inngrep/Behandling

Svangerskapsavbrudd gjennomført

Metode: Medikamentell Kirurgisk

Vakuumaspir. uten forbehandling Vakuumaspir. etter prostaglandin Hysterotomi og evak. (sectio minor)

Utført av lege:

Fosteret fjernet eller utstøtt: Dato:

Antall gjenværende fostre:

Ikke utstøtt under oppholdet

Inngrepsoppfølging: Poliklinikk/dagpasient Innleggelse Ja Nei

Prevensjonsveil. gitt: Ja Nei

Andre inngrep: Spiral satt inn Sterilisering Annet – spesifiser:

Komplikasjoner ved sv.avbrudd: Ufullstendig abort Perforasjon Annet (Eget ark)

Behandling ved komplikasjoner: Kirurgisk revisjon av uterinhulen Laparotomi Blodtransfusjon – spesifiser:

Annet:

Ved utreise: Dato: Rh: Pos. Neg. Anti-D, gammaglob.beh.: Ja Nei Gitt av:

Sykmeldt fra: Sykmeldt til: