

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Inskrivn datum	klockan	Inskrivn av
Inskrivn nr	Orsak till intagning	

Inskrivningsstatus

Fullbordade grav veckor	Antal	<input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> UL	Blodtryck mm/Hg	Allmänstatus
-------------------------	-------	---	-----------------	--------------

Vikt	Urin	Protein	Glukos	<input type="checkbox"/> se journalblad <input type="checkbox"/> nej
------	------	---------	--------	--

Fosterläge	Förgående fosterdel	Cervix	bibehållen cm
<input type="checkbox"/> huvud	<input type="checkbox"/> rörlig	<input type="checkbox"/> över bäcken	
<input type="checkbox"/> säte	<input type="checkbox"/> ruckbar	<input type="checkbox"/> i bäcken	Dil. <input type="checkbox"/> cm
<input type="checkbox"/> sned	<input type="checkbox"/> fixerad	<input type="checkbox"/> i bäcken	Övrigt
<input type="checkbox"/> tvär			

Graviditetskomplikation	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
-------------------------	--

Fosterljud	normala	frekvens/minut
	ej normala	
	saknas	
CTG intagning	normal	
	normal	
	ej utförd	

Förlossning (OBS! En blankett per barn)

Värkar började	år	mån	dag	kl	Förlossningen startar	<input type="checkbox"/> spontant <input type="checkbox"/> induktion	Förlossningssätt	<input type="checkbox"/> vaginalt, <input type="checkbox"/> kejsarsnitt
Etablerade värkar						<input type="checkbox"/> elekt. <input type="checkbox"/> kejsarsnitt	<input type="checkbox"/> sugklocka <input type="checkbox"/> stång	
Vattenavgång						<input type="checkbox"/> illaluktat <input type="checkbox"/> före värkdebut	<input type="checkbox"/> kejsarsnitt	
Amniotomi						<input type="checkbox"/> mek färgat	<input type="checkbox"/> annan förlossningsoperation	Kod
Krystvärkar från						<input type="checkbox"/> blodblandat		

Barnets nr	Barnets nr	Smärtlindring	<input type="checkbox"/> epidural-blockad <input type="checkbox"/> paracervikal-blockad <input type="checkbox"/> pudra <input type="checkbox"/> blod <input type="checkbox"/> petidier	<input type="checkbox"/> allm narkos <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> hypnos/suggestion <input type="checkbox"/> annan smärtlindring <input type="checkbox"/> ingen smärtlindring
Barnets vikt, g:	längd, cm:	Apgar, 1 min:	Apgar, 5 min:	Smärtlindring to m placenta

Barnets kön	pojke <input type="checkbox"/> flicka <input type="checkbox"/>	Smärtlindring efter placenta	ml	Totalt	ml
Smärtlindring	<input type="checkbox"/> klitoris/lab <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> sfinkter <input type="checkbox"/> rektum <input type="checkbox"/> cervix				

Ev lokal	kod	Smärtlindring	material	borttagna, datum

Placenta avgick	klockan	Diagnoskod	Diagnos	Åtgärdskod
-----------------	---------	------------	---------	------------

Placenta vikt, gram	Antal navelkärl			
---------------------	-----------------	--	--	--

Placenta	<input type="checkbox"/> fullständig <input type="checkbox"/> ofullständig			
----------	--	--	--	--

Hinnor	<input type="checkbox"/> fullständig <input type="checkbox"/> ofullständig			
--------	--	--	--	--

Placentans utseende				
---------------------	--	--	--	--

Ansvarig barnmorska vid förlossningen				
---------------------------------------	--	--	--	--

Ansvarig doktor vid förlossningen				
-----------------------------------	--	--	--	--

ID-koll, förlossning	ID-koll, överflyttning			
----------------------	------------------------	--	--	--

Födelseanmälan sänd till skattemyndigh	år	mån	dag	sign
--	----	-----	-----	------

Utskriv datum	Signatur			
---------------	----------	--	--	--

Sjukhus nr	Klinik nr			
------------	-----------	--	--	--

Utskriven till	<input type="checkbox"/> hemmet <input type="checkbox"/> annan vårdinrättning			
----------------	---	--	--	--

# Förlossningsjournal 1 - FV 1

SoS:s ex

Personnr

## C

p 498

Namn

Adress

Tfn

Inskrivn datum 300-307

--	--	--	--

Vikt 308-310

--	--	--	--	--	--

kg

322 323-324

nej
-----

Förlossningen startar

325 spontant

326 induktion

327 kejsarsnitt före värkdebut

Förlossningssätt

329 vaginal instrumentell

330 sugklocka

331 tång

332 kejsarsnitt

Kod 333-337

Barnets

Vid tvillingbörd 314

Antal hinnor i 315-318

skiljeväggen 319-320

längd:                      :

Smärtlindring

338 epidural-blockad

342 para.vikal-blockad

346 narkos

350

340 allm narkos

344 aku-punktur

348 bad

351 spinal

352 kvaddlar

341 TNS

345 hypnos/suggestion

349 annan smärtlindr

353 ing smärtlindr ö h t

Östning 354 klitoris/lab

Östning 355 vagina

Östning 357 sfinkter

Östning 358 rektum

Östning 359 cervix

Östning 360

6 säte fotbjugg

0 annan bjudning (specificeras bifäkt)

Diagnoskod 361-365	Diagnoskod 366-370	Åtgätkod
375	376-380	
381-385	386-390	
391-395	396-400	
401-405	406-410	
411-415	416-420	
421-425	426-430	
431-435	436-440	
441-445	446-450	
451-455	456-460	
461-465	466-470	
471-475	476-480	

Utskriv datum 481-488

Sjukhus nr 489-493

Klinik nr 494-496

Utskriven till 497

1 hemmet  2 annan vårdinrättning

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Inskrivn datum	klockan	Inskrivn av
Inskrivn nr	Orsak till intagning	

## Inskrivningsstatus

Fullbordade grav veckor	Antal	<input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> UL	Blodtryck mm/Hg	Allmänstatus
			/	u a

Vikt	Urin	Protein	Glukos	se journalblad	nej
kg					

Fosterläge	Föregående fosterdel		Cervix	bibehållen cm
<input type="checkbox"/> huvud	<input type="checkbox"/> rörlig	<input type="checkbox"/> över bäcken		
<input type="checkbox"/> säte	<input type="checkbox"/> ruckbar	<input type="checkbox"/> i bäcken	Dil	cm
<input type="checkbox"/> sned	<input type="checkbox"/> fixerad	<input type="checkbox"/> i bäcken	Övrigt	
<input type="checkbox"/> tvär				

Graviditetskomplikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Fosterljud	<input type="checkbox"/> normala	frekvens/minut
	<input type="checkbox"/> ej normala	
	<input type="checkbox"/> saknas	
CTG intagning	<input type="checkbox"/> normal	
	<input type="checkbox"/> normal	
	<input type="checkbox"/> utförd	

## Förlossning (OBS! En blankett per barn)

Värkar började	år	mån	dag	kl	Förlossningen startar	<input type="checkbox"/> spontant	<input type="checkbox"/> vaginalt, <input type="checkbox"/> instrumentell
Etablerade värkar						<input type="checkbox"/> induktion	<input type="checkbox"/> sugklocka
Vattenavgång						<input type="checkbox"/> kejsarsnitt	<input type="checkbox"/> elekt
Amniotomi						<input type="checkbox"/> före värkdebut	<input type="checkbox"/> snitt
Krystvärkar från							

Amniotomi	<input type="checkbox"/> illaluktat	<input type="checkbox"/> mek färgat	Andra förlossningsoperationer	anstående	Kod
-----------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-----------	-----

Smärtlindring	<input type="checkbox"/> epidural-blockad	<input type="checkbox"/> epidural	<input type="checkbox"/> allm narkos	<input type="checkbox"/> TNS
	<input type="checkbox"/> paracervikal-blockad	<input type="checkbox"/> hyp	<input type="checkbox"/> akupunktur	<input type="checkbox"/> hypnos/suggestion
	<input type="checkbox"/> pud	<input type="checkbox"/> lustgas	<input type="checkbox"/> bad	<input type="checkbox"/> annan smärtlindring
	<input type="checkbox"/> blod	<input type="checkbox"/> syrgas	<input type="checkbox"/> vaddlar	<input type="checkbox"/> ingen smärtlindring ö h t
	<input type="checkbox"/> petid	<input type="checkbox"/> spinal		

Barn	Barnets nr	Smärtlindring	epidural-blockad	epidural	allm narkos	TNS
			paracervikal-blockad	hyp	akupunktur	hypnos/suggestion
			pud	lustgas	bad	annan smärtlindring
			blod	syrgas	vaddlar	ingen smärtlindring ö h t
			petid	spinal		

Barnets vikt, g:	längd, cm:	Apgar, 1 min:	Apgar, 5 min:	Smärtlindring to m placenta	Smärtlindring efter placenta	Smärtlindring efter placenta - 2 tim	Totalt
				ml	ml	ml	ml

Ev lokal	kod	klitoris/lab	vagina	sfinkter	rektum	cervix
----------	-----	--------------	--------	----------	--------	--------

Ev lokal	kod	klitoris/lab	vagina	sfinkter	rektum	cervix
----------	-----	--------------	--------	----------	--------	--------

Ev lokal	kod	klitoris/lab	vagina	sfinkter	rektum	cervix
----------	-----	--------------	--------	----------	--------	--------

Ev lokal	kod	klitoris/lab	vagina	sfinkter	rektum	cervix
----------	-----	--------------	--------	----------	--------	--------

Placenta avgick	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
-----------------	------------	------------	------------	------------	------------

Placenta vikt, gram	Antal navelkärl	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
---------------------	-----------------	------------	------------	------------	------------

Placenta	<input type="checkbox"/> fullständig	<input type="checkbox"/> ofullständig	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
----------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------	------------	------------

Hinnor	<input type="checkbox"/> fullständig	<input type="checkbox"/> ofullständig	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
--------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------	------------	------------

Placentans utseende	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
---------------------	------------	------------	------------	------------	------------

Ansvarig barnmorska vid förlossningen	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
---------------------------------------	------------	------------	------------	------------	------------

Ansvarig doktor vid förlossningen	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
-----------------------------------	------------	------------	------------	------------	------------

ID-koll, förlossning	ID-koll, överflyttning	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
----------------------	------------------------	------------	------------	------------	------------

Födelseanmälan sänd till skattemyndigh	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
--	------------	------------	------------	------------	------------

Utskriv datum	Signatur	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
---------------	----------	------------	------------	------------	------------

Sjukhus nr	Klinik nr	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
------------	-----------	------------	------------	------------	------------

Utskriven till	<input type="checkbox"/> hemmet	<input type="checkbox"/> annan vårdinrättning	Diagnoskod	Diagnoskod	Diagnoskod
----------------	---------------------------------	---	------------	------------	------------