**RAPPORT NEONATAL DÖD/IUFD/MISSFALL VID ERYTROCYTIMMUNISERING**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientuppgifter** |  |
| Namn och personnummer |  |
| Gravida och para |  |
| Tidigare missfall > gv 12 eller iufd eller neonatal död?  |  |
| Tidigare graviditeter behandlade pga HDFN (IUT, blodbyte, ljusbehandling) |  |
| **Aktuell graviditet** |  |
| Missfall/IUFD/neonatal död graviditetsvecka/ålder |  |
| Erytrocytantikroppar och senaste titer |  |
| Anamnes/kommentar |  |
| **Rapportörens kontaktuppgifter** |  |
| Namn och klinik |  |
| Telefonnr och email |  |

Skicka gärna med journalkopior, labsvar samt PAD svar.

Dokumentera i journal patientens medgivande angående rapport till register.

Rapporten skickas per post/e-mail till:

ImmARG

Att: Eleonor Tiblad

Centrum för fostermedicin

Kvinnokliniken

Karolinska Universitetssjukhuset

141 86 Stockholm

eleonor.tiblad@karolinska.se