

## REMISS till Infektionsklinik

<b>Hepatit B-bärarskap under graviditet</b>		F-dat (å,m,d)	
		Namn	
		Adress	
		Tel, hem	
		Tel, arb	
Frågeställning		Rem mott	Rem datum
		Utlåtande sänds till	Tel
<b>Tolkbehov</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Rem ssk/läk
Vilket språk?		MG-kod	Enhetskod

Dagens datum: \_\_\_\_\_

Graviditetsvecka: \_\_\_\_\_

Planerat förlossningssätt:  vaginalt

SM: \_\_\_\_\_

Beräknad partus: \_\_\_\_\_

sectio

HBsAg:  nyupptäckt

HBeAg:  positiv

Anti-HBe  positiv

ALAT  taget

HBV-DNA  taget

Patientens födelseland : \_\_\_\_\_

känt sedan \_\_\_\_\_

negativ  okänt

negativ  okänt

ej taget

ej taget

### KOPIA PÅ ALLA PROVSVAR BIFOGAS REMISSEN!

Partner testad för hepatit B  nej  ja, resultat \_\_\_\_\_

Partner vaccinerad mot hepatit B  nej  ja  vet ej

Tidigare barn  nej  ja

Barn vaccinerade mot hepatit B

Barn 1: födelseår \_\_\_\_\_  nej  ja  vet ej

Barn 2: födelseår \_\_\_\_\_  nej  ja  vet ej

Barn 3: födelseår \_\_\_\_\_  nej  ja  vet ej

Barn 4: födelseår \_\_\_\_\_  nej  ja  vet ej

Ytterligare uppgifter: \_\_\_\_\_

Läkare barnmorskemottagning: \_\_\_\_\_

Namn barnmorskemottagning: \_\_\_\_\_

Barnmorska: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Remissvar infektion till MHV/barnmorskemottagning (BMM)

### Hepatit B-bärarskap under graviditet

	F-dat (å,m,d)	
	Namn	
Till	Adress	
	Tel, hem	
	Tel, arb	

Under förutsättning av födelsevikt >2000g och graviditetslängd är >34 veckor planeras profylax med

Hepatit B- vaccin 0,5 ml im \_\_\_\_\_ (sign)

#### Umanbig 180E/ml

nej \_\_\_\_\_ (sign)

ja, \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ (sign)

#### Anti-viral behandling planeras

ja \_\_\_\_\_ (sign)

nej \_\_\_\_\_ (sign)

ställningstagande görs senare

\_\_\_\_\_ datum när ställningstagande görs)

\_\_\_\_\_ (sign)