



LANDSPÍTALI

Eyðublað fyrir
heimaþjónustu ljósmæðra

Límmiði sjúklings:

Nafn ljósmóður í heimaþjónustu	Gsm
Heilsufarsflokkun:	
☐ A ☐ B ☐ C ☐ C+	
Undirskrift þess sem flokkar	

Mikilvægar upplýsingar (eingöngu fyllt í ef eitthvað er óeðlilegt eða mikilvægt fyrir heimaþjónustuljósmóður að vita)
T.d. virk vandamál, fyrri saga, heilsufar á meðgöngu, frávik í fæðingu.

.....

.....

.....

Fæðing	Kyn	Dags.	kl.	Þyngd	Fyrsta brjóstgjöf - kl.	Meðgöngulengd
	Fjöldi fyrri fæðinga	Blóðflokkur móðir	Blóðflokkur barns	Coombspróf ☐ + ☐ ÷	Immunoglobulin ☐ Gefið	Blæðing _____ ml
	☐ Sjálfkr. fæðing	☐ Sogklukka	☐ Keisari	☐ Töng	Spöng:	

Gátlisti fyrir útskrift móður og barns

Athugasemdir:

Móðir	Útskrift dagsetning		
	Andleg liðan		
	Leg		
	Hreinsun		
	Samdráttarverkir		
	Spöng/saumur		
	Þvaglát - stjórnun		
	Blóðþr./hiti/púls		
	Brjóst		
	Vörtur		
Gjöf	Brjóstagjöf		
	Ábót		
	Rétt sog/stelling		
	Tengslamyndun		
Barn	POX skimun		
	Nýburaskoðun		
	PKU / TSH		
	Þvaglát		
	Hægðir		
	Ælur		
	Litarháttur		
	Almennt útlit		

Hakið við ef eðlilegt eða framkvæmt ✓