



## INTYG om ultraljudsundersökning eller utvecklings- grad för utredning av faderskap

Detta formulär kan även användas vid utredning  
av föräldraskap.

### Fylls i av ansvarig nämnd

Kommun	Ansvarig nämnd
Utredarens förnamn och efternamn	

Moderns förnamn och efternamn	Moderns personnummer
Barnets förnamn och efternamn	Barnets personnummer
<input type="checkbox"/> Barnet är inte fött	

### Fylls i av förlossningsläkaren

#### Ultraljudsundersökning

<input type="checkbox"/> BPD-undersökning gjord	Datum för första mätningen	Mätvärde i mm	Datum för andra mätningen	Mätvärde i mm
<input type="checkbox"/> CRL-undersökning gjord	Datum för första mätningen	Mätvärde i mm	Datum för andra mätningen	Mätvärde i mm
<input type="checkbox"/> Undersökningen är gjord på svenskt sjukhus				
<input type="checkbox"/> Undersökningen är utförd av en läkare med specialistkompetens i obstetrik och gynekologi				
<input type="checkbox"/> Undersökningen är utförd i syfte att tidsbestämma graviditeten				

#### Utvecklingsgrad

Födelsevikt i gram	Födelselängd i cm
<input type="checkbox"/> Barnet har en allvarig skullmissbildning (microcephali)	
<input type="checkbox"/> Modern har lidit av graviditetskomplikationer under graviditeten (t.ex. preeklampsi eller graviditetsdiabetes). Ange vilken/vilka	

#### Övrigt

--	--

Datum	Ansvarig läkares vid förlossningskliniken namnteckning	Namnförtydligande
Förlossningsklinik	Telefon (inkl. riktnr)	