

## HÅNDBTERING AF FOSTRE (2. TRIMESTER ABORTER)

Til kapelassistenten  
Kapellet  
Regionshospital Nordjylland  
9800 Hjørring

--

Moders navn og CPR-nr.

Moders telefonnummer \_\_\_\_\_

Fostret er aborteret

--	--

dag

--	--

mdr.

--	--

år

Fostrets køn?

Hanligt

Hunligt

Kan ikke afgøres

--	--	--

Skal der foretages obduktion?

JA NEJ

--	--

Skal fostret nedgraves på kirkegård?

Forældre arrangerer selv dette

Attest til brug ved nedgravning på kirkegård skal vedlægges

Sygehuset tager vare på dette

Fostret nedfryses mindst 10 uger eller indtil obduktionen er færdiggjort, hvorefter det nedgraves i fællesgrav


Forældre ønsker destruktion

Varetages af sygehuset

--	--

Dato:

Sign.: \_\_\_\_\_  
sygeplejerske/jordemoder/læge

1 kopi i journalen.

1 kopi til kapelassistenten (følger fostret).