



Bästa barnmorska/läkare,

Tack för att du hjälper oss med information om din patient med Mirena, Jaydess, Kyleena eller Nova T380. Vi skulle vara väldigt tacksamma om du har möjlighet att fylla i detta formulär och returnera till oss på Bayer. Det hjälper oss att utvärdera säkerheten för våra produkter och att förbättra informationen till sjukvården.

### Patientuppgifter

Födelsedatum \_\_\_\_\_ Initialer \_\_\_\_\_ Längd \_\_\_\_\_ cm Vikt \_\_\_\_\_ kg

Gravida \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Spontana aborter \_\_\_\_\_ Avbrutna graviditeter \_\_\_\_\_ Ektopiska \_\_\_\_\_  
Antal kejsarsnitt \_\_\_\_\_

Tidigare gynekologisk ingrepp:

Konisering  Skrapning  Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Tidigare användning av spiral:

Ingen  Mirena  Jaydess  Kyleena  Nova T380  Annan spiral

Komplikationer vid tidigare användning av spiral (inkl. perforation)?

Nej  Ja , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Relevant medicinsk historia eller andra omständigheter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Uppgifter om insättningen

#### Datum för insättning \_\_\_\_\_

**Modell:** Mirena  Jaydess  Kyleena  Nova T380

**Indikation** (vänligen kryssa alla aktuella alternativ): Antikonception  Idiop. menorrhagi/ Kraftig menstruationsblödning

Skydd mot endometriehyperplasi under pågående substitutionsbehandling med östrogen

Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_

#### Insättningen genomfördes (vänligen kryssa):

I samband med menstruation , vänligen ange (datum) SM innan insättning: \_\_\_\_\_

Post abort  Post skrapning  Byte från tidigare spiral

Post partum , vänligen ange: \_\_\_\_\_ veckor  månader  efter senaste förlossning

Om ja, var förlossningen ett kejsarsnitt Ja  Nej

Ammande vid tidpunkt för insättning

**Uterina fynd innan insättning:** Uterint sondmått \_\_\_\_\_ cm

Inga onormala fynd  Onormala fynd , vänligen ange: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Följande användes vid insättning (vänligen kryssa relevanta alternativ):

Cervikal dilatation  Smärtstillande , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_



**Insättningen var:** Lätt  Svår , vänligen ange svårigheter: \_\_\_\_\_

**Klagomål direkt efter insättning:**

Nej  Ja , vänligen ange: \_\_\_\_\_

**Diagnos av felaktigt spiralläge:**

Datum för diagnos \_\_\_\_\_ Diagnostiserades samma dag som insättning gjordes

Om exakt datum för diagnos är okänt, vänligen uppskatta tidsintervallet mellan insättning av spiral och perforationsdiagnos: \_\_\_\_\_

Perforation inträffade under sondning (spiral inte insatt)

**Diagnos ställd med hjälp av:** Ultraljud  Röntgen

Hysteroskopi  Laparoskopi  Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_

**Specificera diagnos och spiralläge:**

Fullständig perforation , vänligen ange läge: \_\_\_\_\_

Partiell perforation/inbäddning , vänligen ange läge: \_\_\_\_\_

Övrigt , vänligen ange \_\_\_\_\_

**Söker för** (vänligen kryssa samtliga alternativ): Rutinkontroll  Magsmärta  Blödning

Saknade trådar  Inga symptom  Graviditet , vänligen ange antal graviditetsveckor: \_\_\_\_\_

Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Finns resultat från undersökning efter insättning tillgänglig? Nej  Ja , vänligen ange:

Datum	Metod	Resultat

**Uttag av spiral**

Datum för uttag \_\_\_\_\_ Uttagningsmetod: Transvaginal  Hysteroskopi

Laparoskopi  Via laparotomi  Övrigt , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Krävdes sjukhusinläggning? Nej  Ja

**Intraoperativa fynd/ ytterligare kliniska fynd:** \_\_\_\_\_

**Resultat**

Återställd  Förbättrad  Inte förbättrad  Okänt

Återställd med men , vänligen ange: \_\_\_\_\_

Om spiralen användes för antikonception: vilken preventivmetod valdes efter att spiralen tagits ut? \_\_\_\_\_

**Stort tack för din tid!**