**Kontrollskjema for gravide som bruker insulin**

Navn …………………………… Siste mens …………….. TUL:…………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gravid uke** | **Neste time (dato)** | **Endokrinolog** | **Gynekolog** | **Jordmor** |
| 6 |  |  |  |  |
| 8 |  |  | X | X |
| 10 |  |  |  |  |
| 12 |  |  | X | X |
| 14 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 18 |  |  | Rutineultralyd  (Ultralydjordmor) | X |
| 20 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 24 |  |  | Ultralydkontroll  (Ultralydjordmor) | X |
| 26 |  |  |  |  |
| 28 |  |  | X | X |
| 30 |  |  |  |  |
| 32 |  |  | X | X |
| 34 |  |  |  |  |
| 36 |  |  | X | X |
| 38 |  |  | X  (avtale induksjon) | X |
| 39 |  |  |  | X |

Kvinneklinikken SUS, juni 2022