

Indberetning af mistanke om bivirkning



EUROPEAN
SPERM-BANK

Når nedenstående formular er udfyldt, bedes du gemme, og returnere PDF'en til genetics@europeanspermbank.com

Involverede parter

Donor ID/Alias:

Klinikkens Navn:

Recipient, Navn/initialer:

Recipient, Fødselsdato:

Udfald af graviditet

Abort Uge:

Levendefødt

Dødfødt

Barn, Navn/initialer:

Barnets/Fosterets køn:

Dreng

Pige

Barnets fødselsdato/Dato for abort (dd.mm.yyyy):

Misdannelser:

Symptomer:

Diagnose (opdagelse af problem/forløb - inkl. datoer):

Undersøgelser (inkl. foreliggende resultater)

Genetiske resultater: Vedhæft originale genetiske testresultater når du returnerer formularen.

Andre resultater:

Forventet tidspunkt for resultat: