

# Til grundegået graviditet

**Dag 1. Behandlingen starter** ved at du i klinikken indtager **1 tabl. Mifegyne**.

Enkelte kan få kvalme og opkastning af tabletten. Du skal henvende dig i klinikken, hvis du kaster op indenfor 1,5 timer efter indtagelsen.

**Dag 2. ca. et døgn efter tabl. Mifegyne (dagen, hvor du aborterer):**

Start med at tage 2 tabl. Panodil og 2 tabl. Ibumetin

Derefter oplægger du **4 tabletter Cytotec**, så højt i skeden du kan.

Bliv liggende den næste time – herefter må du gerne gå omkring.

**Det er vigtigt**, at du fra starten har en voksen person hos dig, der kan støtte, observere og hjælpe!

Selve aborten finder som regel sted i løbet af 4-6 timer. Blødningen vil være noget kraftigere end almindelig menstruation – ofte med klumper af blod, men dette aftager sædvanligvis hurtigt.

Ved akut behov kan du ringe til:

Klinikken: **mandag – torsdag** Kl. 8.00-15.00 og **fredag** kl. 8-12:00:

TLF: **30 73 53 30**

Uden for klinikens åbningstid kontaktes **VAGTLÆGEN:**

Region Syd: Tlf. **70110707** og Region Midt: Tlf. **70113131**

## Sygemelding:

Behovet for sygemelding ud over abortdagen er individuelt, men regn med nedsat aktivitet i et par dage.

## Efter aborten:

Det er normalt, at du bløder mere end ved normal menstruation i ca. 1 uge, herefter aftager det og ophører efter 2- 3 uger.

Det er vigtigt at undgå underlivsbetændelse ved:

- at undgå samleje, så længe du bløder (eller bruge kondom)
- ikke at tage karbad, svømmehal, spa eller hav bad, så længe du bløder
- ikke at bruge tampon ved denne blødning

Hvis du får kraftig blødning, stærkere smerter, ildelugtende udflåd eller feber, skal du kontakte klinikken eller lægevagten.

# INFORMATIONSSKEMA TIL LÆGEN

Tillader du at jeg fremsender lægebrev til din læge om din behandling her og indhenter oplysninger relevante for behandling her i klinikken?

JA ☐

Nej ☐

Tydelig e-mailadresse: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

1. Har du regelmæssige menstruationer:  
Menstruationsstart: den \_\_\_\_\_

JA ☐

Nej ☐

2. Har du tidligere været gravid: \_\_\_\_\_ antal i alt

JA ☐

Nej ☐

|                                  |                               |                                               |                         |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| Antal<br>Provokeret abort: _____ | Antal<br>Spontan abort: _____ | Antal<br>Graviditeter uden for livmoder _____ | Antal<br>Fødsler: _____ |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|

3. Hvem skal være hos dig på dagen, hvor du aborterer?

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf.nr. \_\_\_\_\_

4. Fast medicin:

JA ☐

Nej ☐

Navne: \_\_\_\_\_

5. Allergi for medicin:

JA ☐

Nej ☐

Hvilken: \_\_\_\_\_

6. Indlæggelser pga. sygdomme i mave eller underliv

JA ☐

Nej ☐

Hvornår:

Hvor:

Hvilke operationer:

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |