



UPITNIK ZA KLINIČKU REVIZIJU PROCEDURE PREKIDA TRUDNOĆE

Zdravstvena ustanova:		
Mjesto:	Datum kliničke revizije:	
Broj kartona:	Broj u Protokolu:	Godine pacijentice:
Datum pregleda:	Pregled obavio: Dr	
Datum prekida trudnoće:	Proceduru obavio: Dr	

Rb	Kriterij	DA	NE	Komentar
1.	Zabilježena anamneza			
2.	Opis kliničkog pregleda			
3.	Ultrazvučna dg			
4.	Evidentirano savjetovanje			
5.	Informirani pristanak žene na proceduru			
6.	Opis procedure			
7.	Komplikacije zabilježene			
8.	Propisana kontracepcija			
9.	Zakazan kontrolni pregled			

Kliničku reviziju obavio/la:
