

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2025-01-28

Innehållsansvar: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

Giltig till: 2027-01-27

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Intrauterin fosterdöd

Revideringar i denna version

Ersätter version 2023-10-12.

2025-01-20 tillagt att BVC vid behov meddelas av ansvarig barnmorska på BMM.

Rättning kring hur dödsbevis skrivs.

Tidpunkt för återbesök nr 2 med något större spann, 8-12 v, och kan göras digitalt om fysiska kontroller inte planeras.

Patienten behöver inte längre vara fastande för provtagning av gallsyror.

Förtydligande kring tidsspann mellan Cytotec och Mifegyne.

Arbetsbeskrivning

Följande handläggning gäller då IUFD inträffar vid graviditetslängd \geq v. 22+0.

Handläggning före förlossning

Diagnos med u-ljud av två läkare.

Föräldrarna informeras av ansvarig läkare i lugn och ro. Om patienten är frisk erbjud hemgång så att paret kan börja bearbeta och meddela sina anhöriga. OBS: Provtagning innan hemgång - sätt på bevakning. Om paret önskar stanna kvar på sjukhuset ska de få det.

Provtagning: Blodprover, O-NEWS och vaginalodling, se [bilaga 1](#).

Anti-D ges till RhD-negativa mödrar efter att alla blodprover är tagna. Vänta inte till efter förlossningen, fler än en dos kan behövas. Om Rh-profylax givits och man behöver beställa blod efteråt ska det anges att pat fått profylax och datum för detta.

Vaginal förlossning eftersträvas.

Tidpunkt för induktion planeras.

Informationsbroschyr ”När ett litet barn har dött i magen” lämnas.

Kurator informeras.

Barnmorska på Barnmorskemottagningen informeras, som i sin tur informerar BVC vb.

Eftersträva kontinuitet för alla personalkategorier.

[IUFD – Checklista före förlossningen](#)

Förlossningen

Handläggs som övriga förlossningar.

Erbjud adekvat smärtlindring. Gärna PCB och/eller EDA. Undvik medel som ger amnesi.

Induktion, se PM induktion vid IUFD.

Efter förlossningen

Låt föräldrarna vara själva med barnet så länge de önskar. Använd babykyllbagen. Observera att frysklabbarna behöver bytas 2-3 ggr/dygn. Eventuella syskon eller andra nära anhöriga får komma och se barnet.

Amningsnedläggning: Information till patienten om alternativen med eller utan medicinsk behandling. Om medicinsk behandling önskas ges Dostinex 2 tabletter a 0,5 mg inom 24 timmar (om ej kontraindikationer).

Provtagning: Hjärtpunktion. Placentabit för karyotypbestämning. Listeriaodling från rectum. Placenta-PAD (be patologen prioritera undersökningen – viktigt inför planering av nästa graviditet). Obduktion. Obduktion rekommenderas även om dödsorsaken synes vara klar.

Fotografering: Uppmana patienten att använda egen kamera.

Hand/fotavtryck

Dödsbevis: Fylls i av läkare i pappersform.

FV2 och elektronisk födelseanmälan: Fylls i av BM. Glöm inte apgar, längd och vikt.

Eftervård: Sker på den förlossningsavdelning där patienten är förlöst. Sedvanliga postpartumkontroller görs av ansvarig barnmorska.

Epikris/Utskrivning: Läkare skriver alltid ut patienten. Plan för uppföljning ska vara dokumenterad i epikrisen.

Återbesök: Till ansvarig läkare (PAL) på Spec-MVC. Minst 2 återbesök till läkare. Det första efter 4 v. för att ta ställning till sjukskrivning. Det andra efter 8-12 v. för information om provsvar och preliminär planering för nästa eventuella graviditet. Besöket kan gärna genomföras som ett

digitalt besök om inga fysiska kontroller planeras. En sammanfattande bedömning om dödsorsak samt planering för framtiden ska dokumenteras i journalanteckning. Dödsorsaksintyg utfärdas av PAL.

[IUFD – Checklista efter förlossningen](#)

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Hanna Friberg, överläkare Obstetrik, ansvarar för uppföljning/revision av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior/Obstetrix om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Radha Korsoski, sektionschef Obstetrik och Lena Otterlind, sektionschef Obstetrik.

Bilaga 1

IUFD – Checklista före förlossningen	Utfört
O-NEWS	
Blodprover mor: Blodgruppering om den inte finns Antitrombin, APTT, PK, TPK, EryHbF , Hb, Alat, KardiolipinAk, Lupusantikoagulans	
Torch-prover: Toxoplasma IgG och IgM, Parvovirus B19 IgG och IgM, Rubella IgG, CMV IgG och IgM, Herpes Simplex IgG	
Gallsyror	
Vaginalodling	
Anti-D – 1500 E(300 µg) Rhophylac till Rhnegativa mödrar. Ges snarast efter provtagning. Om större fetomaternell blödning skett (svar HbF ger vägledning) behöver högre dos ges. 300µg täcker 30 ml fetalt blod. Upp till 5 doser kan ges samtidigt. Avvakta 24 timmar om > 5 doser behöver ges.	
Info om förlossningsavdelning och tidpunkt	
Kuratorkontakt	
MVC meddelas	
Erbjud kontakt med sjukhuskyrkan	
Broschyr ”När ett litet barn dött i magen” givet	

Bilaga 2

IUFD – Checklista efter förlossningen	Utfört
Hjärtpunktion	
Placentabit till karyotypbestämning	
Odling Listeria från rectum	
Barnets vikt och längd	
Placenta till PAD – Skriv på remissen att svaret ska prioriteras eftersom det är viktigt inför planering av nästa graviditet	
Obduktion	
Registrering av eventuell missbildning	
Fotografering – Uppmana patienten att fotografera	
Hand/fotavtryck	
Amningsnedläggning – info och ev behandling	
Födelseanmälan	
Dödsbevis, skriv digitalt i intygsmodule.	
Postpartumsamtal BM	
Erbjudande från spädbarnsfonden	
Utskrivning/epikris	
Återbesökstider	
Följande prover ska tas om det finns indikation:	
Tyroideaprover	
Skelettrtg om misstanke om skelettavvikelse	
Inre blödningar hos fostret: HPA1-Ak hos mor (trombocytantikroppar)	

Bilaga 3

Induktion vid IUFD

Mogen cervix: Amniotomi och syntocinondropp.

Omogen cervix: T Mifegyne följt av T Cytotec vaginalt. Man har i de små studier som finns sett att Mifegyne förkortar förloppet. Effekten är större i tidig graviditet.

Tablett Mifegyne 200 mg p o ges på mottagningen oavsett om patienten går hem eller läggs in direkt.

Cytotec påbörjas när patienten kommer till förlossningen. Kan startas upp oavsett hur kort tid som gått sedan Mifegyne gavs.

Dosering av Cytotec:

Vecka 22-26: 100 µg vaginalt var 6:e timma. Om ingen effekt alls på första dosen ökas till 200 µg följande doser.

From v 27: 50 µg vaginalt var 6:e timma. Om ingen effekt alls på första dosen ökas till 100 µg följande doser.

Om värkarbetet inte kommit igång efter ett dygn kan behandlingen med Cytotec upprepas.

Oxytocin kan ges 4 timmar efter Cytotec.

Tidigare sectioförlöst kvinna:

OBS: Försiktighet med Cytotec om tidigare sectio pga. risk för uterusruptur. Välj annan metod (BARD-kateter) eller halvera dosen Cytotec.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare

Granskad av: Hanna Friberg, (hanfr5), Överläkare, Erica
Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-194

Version: 8.0

Giltig från: 2025-01-28

Giltig till: 2027-01-27