

Remisser för ultraljud och tidsintervall för bokning av TVK

Konsultläkare kan bedöma remisser och boka tid för TVK för nedanstående patientgrupper (i stället för att dessa remisser skall läggas i ultraljuds-facket på konsultrummet)

I dagsläget kan BMM-barnmorska boka patienter direkt till tillväxtmottagningen hos barnmorska på MGN om PM tydligt anger när, varför och hos vem en TVK skall utföras. Även vi som konsulter kan boka in TVK hos barnmorska på MGN om vi anser det lämpligt.

Sjunkande eller stillastående SF-mått

- TVK inom 1 vecka oavsett graviditetslängd

Snabbt stigande SF-mått:

-TVK inom 1 vecka

Tidigare barn SGA (definieras som <2SD under förväntad vikt för graviditetslängd/kön)

Remissbedömare: titta på kurvan i FV2 från förra förlossningen samt vb ytterligare anamnes

- Om ≥ 1 AGA-barn efter tidigare SGA-barn
 - ingen TVK bokas
- Om tidigare SGA/FGR med förlossning innan v 37+0
 - individuell planering (se ev epikris från senaste förl)
- Om tidigare SGA/FGR med förlossning i fullgången tid
 - TVK v 32-35, med fördel v 35 (kan bokas till barnmorska (bms) – mottagning webbtidbok TVK BMS i Elvis)

Kronisk hypertoni, graviditetshypertoni eller PE

- TVK v 28+32+36 (inkl förlossningsplanering vid sista besöket) alt var fjärde vecka från diagnos (till BM v.28+32 men till läkare MGN v.36)

GDM kostbehandlad

- TVK och förlossningsplanering v 36 till läkare MGN

Diabetes inkl typ 2 och DWAB

- TVK v 28+32+36 (inkl förlossningsplanering vid sista besöket) alt var fjärde vecka från diagnos (till läkare MGN)

Oocytdonation

- TVK v 32-35 men med fördel v. 35 (bokas till bms. Om normal undersökning bokas den gravida för induktion v40+0, lägg notat till konsulten för bokning)

Inflammatorisk tarmsjukdom med skov alternativt behandling under graviditeten

- TVK v 32+36 (läkare MGN)

Gastric by-pass, gastric sleeve eller gastric band opererade patienter

- En TVK mellan v 32-35 med fördel v. 35. TVK skall göras även om patienten fött ett normalstort barn i en tidigare graviditet efter sin operation (bokas till bms)

BMI \geq 40

- En TVK mellan v32-35, med fördel v. 35. (till bms) Dubbeltid.

BMI $<$ 18

- En TVK mellan v 32-35, med fördel v. 35. (till bms)

Pågående ätstörning oavsett BMI

- En TVK mellan v 32-35, med fördel v. 35. (till läkare MGN eftersom det behövs helhetsbedömning)

Viktuppgång under 2 kg i vecka 32 om inskrivnings-BMI $<$ 25

- En TVK mellan v 32-35. (till en läkare MGN eftersom det behövs helhetsbedömning)

Duplex DCDA

- TVK v 28+32+36 (inkl förlossningsplanering vid sista besöket) (v.28+32 till BM, v.36 till läkare MGN). Dubbeltid.

Om tidig diskrepans mellan fostren bokas en TVK på sulj redan v24, se duplex-PM

- OBS! Om tillväxten är delta $>$ -10 % men normalt flöde bokas patienten in på ny kontroll (TVK+flöde) 2 veckor senare. Om tvillingarna växer inom sin kanal och har normalt flöde kan undersökningsintervallet vara 4 veckor även om det föreligger en storleksskillnad mellan tvillingarna på $<$ 25%. Om storleksskillnad $>$ 25% följs tvillingarna varannan vecka (konsultera sulj)

Aktuell medicinering som kan påverka tillväxt, ex betablockad, immunosuppression

- Individuell bedömning, förslagsvis v 32 alternativt minst 4 veckor efter insatt behandling (till läkare MGN eftersom helhetsbedömning behövs)

Myom som buktar in i placenta och är $>$ 5cm i diameter

- En TVK mellan v 32-35. Om myomet skall bedömas utifrån förlossningskanalen (dvs om det är ett förlossningshinder) behöver ej TVK utföras om inte placenta påverkas enligt ovan. (till läkare MGN)

Myom som misstänks kunna utgöra ett förlossningshinder

- viktigt med info till pat vid RUL att det är **extremt** sällsynt att myom utgör ett förlossningshinder

- Myom 5 cm eller större som vid RUL ligger nära cervix (inom ca 2 cm) eller synliga myom ≥ 2 cm i cervix
 - o kontroll myom v 36 med abd + vaginalt ultraljud
- Om fortsatt lågt sittande myom v 36:
 - o om myom de facto utgör ett förlossningshinder kan ofta vara svårt att avgöra innan aktivt värkarbetet. Individuell bedömning kring möjlighet till vag födsel görs i samråd med patienten.

Uterusmissbildningar

- Individuell bedömning men ej obligat med TVK, ffa inte om kvinnan tidigare fött ett normalstort barn.

Reumatiska sjukdomar med medicinering Vid lätta ospecifika reumatiska besvär

utan medicinering erbjuds inte tillväxtkontroll.

- Individuell bedömning

Kronisk njursjukdom

- Individuell bedömning utifrån diagnos

Aktiv epilepsi

- RUL hos barnmorska som vanligt, om medicinering TVK graviditetsvecka 32+36 (läkare MGN)

Följande remisser skall läggas i facket till ultraljud som sköter remissbedömning och bokning

- SUA
- Frågor om fosterdiagnostik inkl RUL
- Sec op ultraljud
- TRAK pos kvinnor med hypertyros (ultraljud enbart om TRAK $>3,6$ U/l eller pågående behandling med tyreostatika)
- MC/DA och MC/MA tvillingar
- Triplex
- Konsultremisser för 3rd op till SULJ
- Tidigare genetiska med fråga om invasiv provtagning