

Bästa kollegor!

Vi vill härmed informera er om den planerade SNAKS-studien om heminduktion:

OPTION – OutPatient Induction

Labour induction in an outpatient setting – a multicenter randomized controlled trial

Vi vill med detta brev klargöra och informera om att det blir *en* stor heminduktionsstudie som inkluderar både induktion med ballongkateter och induktion med oralt prostaglandin (Angusta® - tidigare kallad MILOU-studien), både först- och omföderskor kommer att ingå med primära syftet att titta på säkerhet för barnet, men även sekundärt om heminduktion är lika framgångsrikt (mätt som andel vaginalförlösta) som sjukhusinduktion. Patient-, partner- och personallupplevelser samt hälsoekonomi kommer också att studeras, och i ett senare skede förlossningsutfall av framtida graviditeter.

Vi hoppas att samtliga kvinnokliniker i Sverige kommer att ansluta till studien!

Om en klinik inte kan/vill vänta med att erbjuda heminduktion, så går det bra att gå med i studien när den startar.

Det som vi önskar av er i nuläget:

1. Ni som vill vara med i studien, får gärna höra av er till oss och meddela kontaktperson.
2. Om ni har möjlighet, **se gärna över den praktiska planeringen** nedan så att ni kan lägga upp era rutiner redan nu så att de stämmer överens med studieprotokollet.
3. Om ni redan har börjat erbjuda heminduktion på er klinik så är vi tacksamma om ni skulle kunna **skicka era protokoll och PM för heminduktion** till oss för att vi ska kunna använda dem i planeringen av studien.
4. **Maila oss vilka ballong-modeller (modell, tillverkare, storlek etc) och PM för den ballong ni använder** för induktion på era kliniker så att vi kan inkludera dem i ansökan till Läkemedelsverket, vilket nu även behövs för medicinteknisk utrustning.

Studien kommer att presenteras under SFOGs verksamhetschefsmöte den 31 januari samt i samband med Induktionssymposium i Göteborg 23 januari och i Stockholm 23 mars.

Med vänlig hälsning

Verena Sengpiel (verena.sengpiel@obgyn.gu.se)

För Styrgruppen för OPTION

Göteborg: Verena Sengpiel, öl, docent; Ylva Carlsson öl, med dr; Ulla-Britt Wennerholm, öl, docent; Helen Elden universitetssjukhusöverbarnmorska, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Stockholm: Sofie Graner, öl, med dr, BB Stockholm; Sophia Brismar Wendel, öl, med dr; Helena Kopp Kallner, öl, docent, Danderyds Sjukhus; Tove Wallström, öl, med dr, Södersjukhuset; Kristina Gemzell Danielsson, öl, professor, Karolinska Universitetssjukhuset.

Falun: Susanne Hesselmann, öl, med dr

Umeå: Magnus Domellöf, öl, professor (neonatolog och ansvarig SNQ), Norrlands universitetssjukhus

Patientrepresentant: Linda Höglund

En OPTION studiegrupp kommer bildas med representanter från samtliga deltagande kliniker.

Preliminärt om OPTION studien

Mål: Att studera om heminduktion är lika säkert för barnet som induktion på sjukhus (non-inferior) samt om induktionsstart i hemmet innebär lika stor andel vaginalförlösta som induktionsstart på sjukhus i gruppen lågriskkvinnor. Andra utfall som kommer studeras är variabler relaterade till graviditets- och förlossningsutfall samt upplevelsen för kvinnan och hennes partner och även gällande personalen på kvinnokliniken samt kostnader för sjukvården och samhället och utfallet i framtida graviditeter.

Bakgrund: Resultaten från SWEPIs samt tidigare randomiserade kontrollerade studier från Turkiet (Gelisen), Holland (INDEX) och USA (ARRIVE) indikerar tidigare induktion än vecka 42+0 (1-4). Resultaten har föranlett ett stort tryck på landets förlossningskliniker att erbjuda induktion i vecka 41+0 till alla gravida. Då det är ca 22% av alla gravida som når vecka 41+0 har många kliniker svårt att erbjuda dessa extra induktionstider inom befintlig organisation. Flera förlossningskliniker överväger eller har redan börjat erbjuda heminduktion i syfte att kunna erbjuda de patienter som så önskar induktion i vecka 41+0.

Det finns studier som tyder på att det i samband med induktion sker få komplikationer under mognadsfasen av livmodertappen, vilket är den fas som i så fall skulle kunna erbjudas i hemmet (5, 6). Erfarenheter från våra grannländer där heminduktion har introducerats i klinisk rutin – både med ballong och prostaglandinpreparat är också goda (7), men patienterna är ännu få och rutinen har införts utan att randomiserade kontrollerade studier utförts.

Det finns ett antal randomiserade kontrollerade studier gällande heminduktion, men ingen av dem har tillräcklig power för att studera de sällsynta utfallen av allvarlig sjuklighet eller död hos mor eller barn (8-14). Cochrane-översikten från 2013 konkluderar att evidensen för säkerheten vid heminduktion är begränsad (15). Det pågår en HTA-analys angående frågeställningen vid HTA-centrum Göteborg för att väga in evidensen som publicerats efter 2013 och vi kommer att återkomma med resultatet under senhösten 2020.

Vi har nu den unika chansen att göra en nationell multicenterstudie för att studera säkerheten vid heminduktion.

Metod: Vi planerar en multicenter randomiserad kontrollerad studie (RCT) inom SNAKS-nätverket (www.snaks.se). Studien är planerad som en registerbaserad-RCT (R-RCT) där randomisering sker via Graviditetsregistret (www.graviditetsregistret.se) till sjukhusinduktion respektive heminduktion.

Datainsamling sker via Graviditetsregistret, Neonatalregistret (SNQ), Statistikmyndigheten (SCB) och via journaldata som förs in i en eCRF i samband med randomiseringen.

Övriga utfall (upplevelser) kommer att studeras i en subgrupp av kvinnor och deras partner på de kliniker som vill delta även i dessa delar av studien. Förslagsvis såsom i SWEPIs där kvinnorna på ett universitetssjukhus, ett mellanstort sjukhus och ett mindre sjukhus fyllde i webbaserade enkäter. Dessutom kommer det att genomföras kvalitativa intervjuer med ett strategiskt urval av kvinnor och deras partner.

Enligt Graviditetsregistret är incidensen av vår primära komposit utfallsvariabel 2,3% i den gruppen som är aktuell för att erbjudas heminduktion. Enligt powerberäkning med non-inferiority design, behövs 4238 kvinnor i varje arm.

Vilka kvinnor kan delta i studien?

Inklusionskriterier är friska kvinnor 18–45 år med simplexgraviditet i huvudbudning i vecka 37+0 till och med 41+6 med Bishop score <6 (<5 hos omföderska) och normalt CTG som är planerade för induktion pga. t ex: kostbehandlad graviditetsdiabetes, stabil graviditetshypertoni, misstänkt LGA/makrosomi utan diabetes, PROM <30 timmar (bara Angusta®), förlängd latensfas, åldersindikation, uppnått vecka $\geq 41+0$, mild intrahepatisk kolestas/hepatos (gallsyror <40 $\mu\text{mol/L}$) och bäckensmäta.

Deltagande kvinnor ska bedömts kunna ha varit hemma om förlossningen hade startat spontant. Vidare ska de kunna tala svenska eller engelska eller kunna tillgodogöra sig översatt forskningspersonsinformation via tolk och kunna ringa in till sjukhuset och göra sig förstådda själva eller med hjälp av anhörig. Dessutom måste patienten kunna komma in till sjukhuset inom en rimlig tid (upp till varje deltagande sjukhus att bestämma själv baserat på lokala förhållanden). Om det finns, kan kvinnor som bor långt från sjukhuset få en plats på ett patienthotell när de randomiseras till heminduktion. "Patienthotell" definieras i det här avseendet som en plats där det inte finns möjlighet till övervakning eller till omedelbar förlossning och där kvinnan behöver byta till en vårdenhets om hon får symtom/något tillstöter. Kvinnorna inkluderas efter att de givit skriftligt samtycke till att delta i studien.

Exklusionskriterier: instabil eller abnorm budning, känd låg placenta (<20 mm från IMM), tidigare uteruskirurgi som t.ex. tidigare kejsarsnitt eller känd uterusmissbildning som förhindrar vaginal förlossning, läkemedelsbehandlad diabetes, preeklampsi, flerbörd, IUFD, kända missbildningar hos barnet som förväntas påverka förlossningen eller omhändertagande av barnet direkt efter förlossningen, feber hos mamman eller andra faktorer som gör heminduktion olämplig, t ex tidigare snabb förlossning.

Hur sker inkludering till studien?

Efter att läkare/barnmorska har tagit en anamnes och gjort en klinisk undersökning avseende fosterläge, Bishop score, blodtryck och temp tillfrågas kvinnan om hon vill vara med i studien och skriftligt samtycke inhämtas. Därefter görs ett abdominellt ultraljud för att utesluta oligohydramnios och bekräfta huvudbudning. Kvinnan induceras med antingen ballongkateter eller oralt prostaglandin (Angusta®) enligt klinikens rutin, läkare och kvinnans önskemål. Kvinnan stannar därefter 45 min på sjukhuset för att utesluta omedelbara komplikationer eller värkstart. Vid induktion med ballongkateter körs även ett nytt CTG.

Om CTG är normalt och det är ett i övrigt okomplicerat förlopp randomiseras kvinnan via en randomiseringsmodul kopplat till Graviditetsregistret till antingen heminduktion eller induktion på sjukhus. Vid randomisering tar systemet hänsyn till klinik, paritet och induktionsmetod.

Hur ska kvinnan följas upp?

Kvinnor som blir randomiserade till induktion på sjukhus följs enligt klinikens befintliga PM. Kvinnor som randomiseras till heminduktion ska ha möjlighet att komma i kontakt med barnmorska/läkare som är speciellt utbildade för telefonrådgivning. Kvinnorna ska informeras om att de skall känna fosterrörelser som vanligt. De ombeds att kontakta sjukhuset omgående vid

avsaknad av fosterrörelser eller ändring av det vanliga fosterrörelsemönstret, blödningar som är rikligare än teckningsblödning, kontinuerlig och/eller tilltagande buksmärtor, feber, vattenavgång, samt när de får regelbundna smärtsamma sammandragningar eller de blir oroliga av annan anledning. Förslag på patientinformation finns bifogat.

Om kvinnan mår bra och förlossningen inte kommer igång, får hon en återbesökstid på sjukhuset efter senast 24 timmar (dagtid) för kontroll och fortsatt planering. Induktionsmetoden kan bytas enligt klinikens rutin, doktors bedömning och kvinnans val.

Uppföljning efter randomisering:

uppföljning efter förlossning.

Dag 1 - hemma		Dag 2 - hemma		Dag 3 - sjukhus	
		Abdominellt ultraljud för kontroll av fosterläge, klinisk undersökning som innefattar kontroll av blodtryck och tempen, CTG Om värkar inte har startat än och amniotomi inte är möjligt/lämpligt:		Abdominellt ultraljud för kontroll av fosterläge, klinisk undersökning som innefattar kontroll av blodtryck och tempen, CTG Om värkar inte har startat än och amniotomi inte är möjligt/lämpligt:	
Val och byte av induktionsmetod enligt klinikens rutin, doktors bedömning och kvinnans val.* I fall av misoprostol dag 1 och 2, rekommenderas byte till ballong dag 3*.					
Ballongkateter*	Upp till åtta tabletter misoprostol 25 µg (Angusta®) med 2 timmars mellanrum	Ballongkateter*	Upp till åtta tabletter misoprostol 25 µg (Angusta®) med 2 timmars mellanrum	Ballongkateter*	Upp till åtta tabletter misoprostol 25 µg (Angusta®) med 2 timmars mellanrum
	Tidsschema för de nästa sju doserna (2–8) i hemmet	CTG och 45 min observation på sjukhuset efter att ballongkatetern har applicerats	Efter första tabletten (1) på sjukhuset 45 min observation på sjukhus, tidsschema för de nästa sju doserna (2–8) i hemmet	CTG och observation på sjukhuset enligt klinikens rutin efter att ballongkatetern har applicerats	Upp till åtta tabletten (1–8) observation på sjukhuset enligt klinikens rutin
Muntlig och skriftlig information om när kvinnan ska ringa/söka vård akut och tid för planerat återbesök om senast 24 timmar				Fortsatt omhändertagande enligt klinikens rutin	

* Ballongkateter: får användas endast 1 gång under induktionsprocessen

Vad händer nu?

- Ni som vill vara med i studien, får gärna höra av er till oss och meddela kontaktperson.
- Skicka in klinikens riktlinjer för induktion, meddela vilka ballonger ni använder på kliniken.
- HTA rapporten avseende säkerheten vid heminduktion färdigställs under våren 2020.
- Studiegruppen skriver klart protokollet och skickar den för bedömning till SNAKS.
- Studiegruppen inhämtar tillstånd från Läkemedelsverket samt etiskt tillstånd.
- Studiegruppen (och kontaktpersoner) söker finansiering till studien.
- Randomiseringsmodulen byggs upp.
- Klinikerna förbereder sig för att kunna erbjuda heminduktion.
- OBS Då det ingår läkemedel och medicinsktekniska produkter behöver studien följa regelverket vilket bland annat medför att varje klinik behöver en GCP utbildad person. Utbildningar anordnas t ex via era noder under Kliniska Studier Sverige
<https://www.kliniskastudier.se/kliniska-studier-sverige.html> eller webbaserat, t ex <http://ichgcptraining.astrazeneca.com>.

Använd gärna dessa diagnos- och åtgärds-koder redan nu

- O61 specificera medicinsk eller mekanisk induktion och induktionsförsök
 - O61.0A Försök till medicinskt igångsättande av värkarbetet; förlossning inom 48 timmar
 - O61.0B Försök till medicinskt igångsättande av värkarbetet, förlossning efter mer än 48 timmar, inkl. misslyckad induktion
 - O61.1A Försök till mekaniskt igångsättande av värkarbetet, förlossning inom 48 timmar
 - O61.1B Försök till mekaniskt igångsättande av värkarbetet, förlossning efter mer än 48 timmar, inkl. misslyckad induktion
- AF034 Kardiotokografi (CTG)
- AM006 Obstetriskt ultraljud, viktskattning
- AM011 Obstetriskt ultraljud, annat specificerat (Inklusive viabilitetsbedömning, tidig graviditetslängdsbestämning)
- AM014 Obstetriskt ultraljud för bedömning av fosterläge
- AM021 Obstetriskt ultraljud för bedömning av fostervattenmängd
- DT027 Förlossningsinduktion med prostaglandin och prostaglandinanalog
- MAC10 Cervixdilatation för inledande av förlossning
- O61.0B skall endast användas i de fall då patienten inte kommit i värkarbete efter induktion. I övriga fall används kod
- O62.1 Sekundär värksvaghet
- Alla induktionspatienter skall ha en förlossningskod O80-O84
- Om spontant vaginalförlöst efter induktion sätts kod O80

När ska studien starta?

Vi hoppas på att allting kommer att vara på plats så att vi kan starta med rekrytering till studien senvåren 2020.

- Använd då Z00.6 Diagnoskod för studiepatient

Referenser

1. Wennerholm UB, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIs): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*. 2019;367:l6131.
2. Keulen JK, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ*. 2019;364:l344.
3. Gaziano JM, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2018;392(10152):1036-46.
4. Gelisen O, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2005;120(2):164-9.
5. Diederens M, et al. Safety of the balloon catheter for cervical ripening in outpatient care: complications during the period from insertion to expulsion of a balloon catheter in the process of labour induction: a systematic review. *BJOG*. 2018;125(9):1086-95.
6. Sciscione AC, et al. The timing of adverse events with Foley catheter preinduction cervical ripening; implications for outpatient use. *American journal of perinatology*. 2014;31(9):781-6.
7. Kruit H, et al. Foley catheter induction of labor as an outpatient procedure. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2016;36(8):618-22.
8. Biem SR, et al. A randomized controlled trial of outpatient versus inpatient labour induction with vaginal controlled-release prostaglandin-E2: effectiveness and satisfaction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(1):23-31.
9. Mohamad A, et al. A comparison between in-patient and out-patient balloon catheter cervical ripening: a prospective randomised controlled trial in PPUKM. *Medical journal of Malaysia [Internet]*. 2018; 73:[22- pp.].
10. Policiano C, et al. Outpatient versus inpatient cervix priming with Foley catheter: A randomized trial. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2017;210:1-6.
11. Sciscione AC, et al. Transcervical Foley catheter for preinduction cervical ripening in an outpatient versus inpatient setting. *Obstetrics and gynecology*. 2001;98(5 Pt 1):751-6.
12. Wilkinson C, et al. A comparison of inpatient with outpatient balloon catheter cervical ripening: a pilot randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth [Internet]*. 2015; 15:[126 p.].
13. Wilkinson C, et al. Outpatient compared to inpatient cervical ripening with a double balloon catheter. A pilot randomised controlled trial. *BJOG*. 2015; 122:[231- pp.].
14. Wilkinson C, et al. A randomised controlled trial of outpatient compared with inpatient cervical ripening with prostaglandin E(2) (OPRA study). *BJOG*. 2015;122(1):94-104.
15. Kelly AJ, et al. Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(11):Cd007372.

Patientinformation om induktion med BARD-kateter.

Dit namn och personnummer: _____

Din graviditetslängd: _____ (veckor + dagar)

Orsak till igångsättning: _____

Antal tidigare förlossningar: _____

Igångsättning

Med igångsättning strävar man efter att sätta igång en förlossning genom att skynda på mognaden av livmoderhalsen och stimulera sammandragningarna. När livmodernmunnen är omogen kan det behövas flera dagar innan den egentliga förlossningen sätts igång genom att ta håll på fosterhinnorna och låta vattnet gå eller kunna starta med hjälp av oxytocindropp. Livmoderhalsen kan mjukas upp antingen mekaniskt med hjälp av en ballongkateter eller med hjälp av läkemedel.

Ballongkateter

Mekanisk uppmjukning, dvs den så kallade ballongmetoden, har valts som startmetod för dig. Mekanisk uppmjukning innebär att en kateter (slang) förs in genom livmoderhalsen. I änden på katetern finns en ballong som fylls med 50 ml koksalt. Ballongen placeras precis innanför den inre modernmunnen. Kateterslangen fästs med en häfta på insidan av låret så att en lätt spänning finns och därmed ett konstant tryck av ballongen mot modernmunnen. Katetern ger ett mekaniskt tryck mot inre modernmunnen. Trycket gör att det frisätts kroppsegna prostaglandiner, vilka leder till att livmoderhalsen blir kortare och börjar öppna sig. Sammandragningarna börjar spontant hos cirka 10% av föderskorna medan ballongen sitter på plats. Katetern glider ut när modernmunnen öppnat sig ca 3 cm, ibland redan efter några timmar. Uppmjukningen påskyndas om du håller dig i rörelse. Om den inte har åkt ut efter 24 timmar tas den bort av barnmorska. Innan uppmjukningen inleds kontrolleras fostrets tillstånd med hjälp av att fostrets hjärtfrekvens registreras med hjälp av CTG under 20–30 minuter.

Biverkningar

I samband med insättningen kan en lindrig/mindre blödning förekomma, men den är ofarlig. Insättningen innebär en gynekologisk undersökning, men brukar inte i övrigt göra ont. En del upplever en tryckande känsla i nedre delen av buken och en del kan få som menssmärtor framför allt första timmen efter insättning. Dessa lindras lättast med värme och du kan även ta 1–2 tabletter paracetamol med eller utan kodein alternativt annan morfinanalog som din klinik förser dig med.

När ballongen är på plats körs en ny CTG och därefter får och är det bra om du rör dig fritt.

Hör av dig till barnmorskan i fall:

- du inte längre känner fosterrörelser/det vanliga mönstret av fosterrörelser ändras
- du får regelbundna smärtsamma värkar
- vattnet går
- du blöder från slidan
- du får ihållande ont över livmodern eller magen
- du får feber eller sjukdomskänsla
- du blir orolig eller någonting känns oklart

Till dig som får återgå till hemmet i väntan på start av aktiv förlossningsarbete

Rind alltid på telefonnummer XXX om:

- du inte längre känner fosterrörelser/det vanliga mönstret av fosterrörelser ändras
- du får regelbundna smärtsamma värkar
- vattnet går
- du blöder från slidan
- du får ont över livmodern; ihållande buksmärtor
- du får feber eller sjukdomskänsla
- du blir orolig eller någonting känns oklart

Säg att din förlossning har satts igång med ballong.

Om sammandragningarna inte har börjat inom 24 timmar skall du komma till sjukhuset för en kontroll och planering om fortsatt handläggning.

Din tid för nästa kontroll, dag 2, är: _____

Du ska komma till: _____

Din tid för nästa kontroll, dag 3, är: _____

Du ska komma till: _____

Patientinformation om induktion med läkemedel Angusta®.

Dit namn och personnummer: _____

Din graviditetslängd: _____ (veckor + dagar)

Orsak till igångsättning: _____

Antal tidigare förlossningar: _____

Tidigare kejsarsnitt ☐ Ja = du ska inte ta Angusta®

☐ Nej

Igångsättning

Med igångsättning strävar man efter att sätta igång en förlossning genom att skynda på mognaden av livmoderhalsen och stimulera sammandragningarna. När livmodernmunnen är omogen kan det behövas flera dagar innan den egentligen förlossningen sätts igång genom att ta håll på fosterhinnorna och låta vattnet gå eller man kan starta med hjälp av oxytocindropp.

Livmoderhalsen kan mjukas upp antingen mekaniskt med hjälp av en ballongkateter eller med hjälp av läkemedlet Angusta®.

Läkemedelsintag

Läkemedlet Angusta® har valts som startmetod för dig. Angusta® skall tas med ett glas vatten, varannan timme och det är viktigt att tiden hålls korrekt.

Uppmjukningen påskyndas om du håller dig i rörelse.

Innan uppmjukningen inleds kontrolleras fostrets tillstånd med hjälp av att fostrets hjärtfrekvens registreras med hjälp av CTG under 20–30 minuter.

Biverkningar

I samband med tablettbehandlingen känner de flesta ingenting. En del upplever en tryckande känsla i nedre delen av buken och en del kan få som menssmärtor. Dessa lindras lättast med värme och du kan även ta 1–2 tabletter paracetamol med eller utan kodein alternativt annan morfinanalog som din klinik förser dig med.

Andra biverkningarna kan vara illamående och kräkningar, diarré eller feber.

Du ska inte fortsätta med läkemedelsintag i fall:

- du inte längre känner fosterrörelser/det vanliga mönstret av fosterrörelser ändras
- du får regelbundna smärtsamma värkar
- vattnet går
- du blöder från slidan
- du får ihållande ont över livmodern eller magen
- du får feber eller sjukdomskänsla
- du blir orolig eller någonting känns oklart

Till dig som får återgå till hemmet i väntan på start av aktiv förlossningsarbete

Rind alltid på telefonnummer **XXX** om:

- du inte längre känner fosterrörelser/det vanliga mönstret av fosterrörelser ändras
- du får regelbundna smärtsamma värkar
- vattnet går
- du blöder från slidan
- du får ont över livmodern, ihållande buksmärtor
- du får feber eller sjukdomskänsla
- du blir orolig eller någonting känns oklart

Säg att din förlossning har satts igång med medicin.

Dag 1	Datum		
Läkemedel/dos	Ska tas klockan	Togs klockan	Biverkan (ja/nej) beskriv kort
25µg Angusta®	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
Kommentar			

Om sammandragningarna inte har börjat inom 24 timmar skall du komma till sjukhuset för en kontroll och planering om fortsatt handläggning.

Din tid för nästa kontroll, dag 2, är: _____

Du ska komma till: _____

Dag 2	Datum		
Läkemedel/dos	Ska tas klockan	Togs klockan	Biverkan (ja/nej) beskriv kort
25µg Angusta®	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
Kommentar			

Din tid för nästa kontroll, dag 3, är: _____

Du ska komma till: _____