



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveystyöryhmä

FÖRHANDSUPPGIFTER TILL RÅDGIVNINGEN

Bästa blivande föräldrar!
Var vänliga och fyll i blanketten, ta med den till rådgivningen

Namn	Personbeteckning
Adress	Modersmål Födelseort
Telefon (gsm, arbete)	E-mail
Yrke, arbetsform (dag-, skiftesarbete)	Arbetsgivare
Partners namn	Personbeteckning
Adress ifall annan	Modersmål
Telefon (gsm, arbete)	Yrke, arbetsform, arbetsgivare

Äktenskap Sambo Annat

Tidigare graviditeter och förlossningar

Datum	Tidigare graviditet upphört vecka	Grav-längd veckor	Kön F/P	Födelse-vikt gram	Förloss-ningens längd h	Graviditetens, förlossningens och barnsängstidens förlopp	Hel-amning mån.	Total amning mån.	Förlossning var

Övriga barn (namn, ålder)

Hälsvanor

Jag äter varje dag <input type="checkbox"/> Frukost <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Kvällsmål	Jag använder mjölkprodukter dagligen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Specialkost	
Motion <input type="checkbox"/> Regelbunden <input type="checkbox"/> Oregelbunden <input type="checkbox"/> Nej	Motionsform
Partners hälsvanor <input type="checkbox"/> Frukost <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/> Kvällsmål	
Partners motion <input type="checkbox"/> Regelbunden <input type="checkbox"/> Oregelbunden <input type="checkbox"/> Nej	Motionsform

VÄND

Senaste menstruation, datum	Menstruationscykel _____ dygn Blödning _____ dygn	Menstruationscykel regelbunden/oregelbunden	Senaste PAPA-prov datum/år
Längd, vikt före graviditet _____ cm _____ kg	Preventivmetod före graviditeten, vilken?	Senaste gynekologiska undersökning	Fertilitetsbehandling, vilken

Hälsotillstånd/Sjukdomar

Sjukdomar och operationer som har betydelse för graviditeten

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Röda hund/MPR-vaccinerad
<input type="checkbox"/> Blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/> Tromboemboli	<input type="checkbox"/> Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Vattkoppor/vaccinerad
<input type="checkbox"/> Hjärtfel/-sjukdom	<input type="checkbox"/> Trombofili	<input type="checkbox"/> Reumatoid artrit	<input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Funktionsstörning i sköldkörteln	<input type="checkbox"/> Inkontinens	
<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Genital herpes	<input type="checkbox"/> Blodtransfusion	<input type="checkbox"/> Kondylom
<input type="checkbox"/> Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Hepatit C	<input type="checkbox"/> Ätstörningar	<input type="checkbox"/> Gonorré
<input type="checkbox"/> Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Hepatit B	<input type="checkbox"/> Tumörer	<input type="checkbox"/> Klamydia
<input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Handikapp	<input type="checkbox"/> Operationer
<input type="checkbox"/> Allergi	<input type="checkbox"/> Omskuren	<input type="checkbox"/> Hormonbehandlingar	_____
<input type="checkbox"/> Läkemedelsallergi	<input type="checkbox"/> Arbetsrelaterad risk	<input type="checkbox"/> Sjukvård utomlands	

Annat:

Medicinering
Kosttillskott/Vitaminer
Partnerns hälsotillstånd/sjukdomar
Familjens hälsotillstånd/sjukdomar som har betydelse för graviditeten

Din bedömning av nuvarande hälsotillstånd? _____

Hurudana känslor väcker graviditeten för er? _____

Har du eller partnern rädslor angående graviditet eller förlossning? Hurudana?

Förväntningar och önskemål på mödrarådgivningen?

