

Tervetuloa äitiysneuvolaan _____ / _____ klo. _____



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveysvirasto

ESITIEDOT NEUVOLAAN

Hyvät tulevat vanhemmat!
Täyttäkää lomake ja tuokaa mukanaan neuvolaan

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Äidinkieli Syntymäpaikka
Puhelin (gsm, työ)	S-postiosoite
Ammatti, työmuoto (päivä-, vuorotyö)	Työnantaja
Partnerin nimi	Henkilötunnus
Osoite, jos eri kuin äidillä	Äidinkieli
Puhelin (gsm, työ)	Ammatti, työmuoto, työnantaja

Avioliitto Avoliitto Muu

Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset

Päivä- määrä	Aiempi raskaus päättynyt rask.vk	Raskau- den kesto vk	Suku- puoli T/P	Syntymä- paino g	Synn. kesto tuntia	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan kulku	Täysi- imetys kk	Kokonais- imetyksen kesto kk	Synny- tys missä

Muut lapset (nimi, ikä)

Elintavat ja tottumukset

Syön päivittäin <input type="checkbox"/> Aamiainen <input type="checkbox"/> Lounas <input type="checkbox"/> Päivällinen <input type="checkbox"/> Iltapala	Käytän maitotuotteita päivittäin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En
Erityisruokavalio	
Liikunta <input type="checkbox"/> Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/> Ei	Liikuntamuoto
Kumppanin elintavat <input type="checkbox"/> Aamiainen <input type="checkbox"/> Lounas <input type="checkbox"/> Päivällinen <input type="checkbox"/> Iltapala	
Kumppanin liikunta <input type="checkbox"/> Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/> Ei	Liikuntamuoto

KÄÄNNÄ

Viimeiset kuukautiset, pvm	Kuukautiskierto _____ vrk Kuukautisvuoto _____ vrk	Kuukautiskierto säännöllinen/epäsäännöll.	Viimeinen PAPA-koe pvm/vuosi
Pituus ja paino ennen raskautta _____ cm _____ kg	Ehkäisy ennen raskautta., mikä?	Viimeisin gynekologinen tutkimus	Edeltänyt lapsettomuushoito, mikä?

Terveydentila/Sairaudet

Raskauden kannalta merkittävät sairaudet ja leikkaukset			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Suolistosairaus	<input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/> Vihurirokko/MPR-rokotus
<input type="checkbox"/> Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Tromboembolia	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus	<input type="checkbox"/> Vesirokko/rokotus
<input type="checkbox"/> Sydänvika/-tauti	<input type="checkbox"/> Trombofilia	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Virtsatietulehdus
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen toimintahäiriö		<input type="checkbox"/> Inkontinenssi
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Genitaalierpes	<input type="checkbox"/> Verensiirto	<input type="checkbox"/> Kondylooma
<input type="checkbox"/> Munuaistauti	<input type="checkbox"/> C-hepatiitti	<input type="checkbox"/> Syömishäiriö	<input type="checkbox"/> Tippuri
<input type="checkbox"/> Maksasairaus	<input type="checkbox"/> B-hepatiitti	<input type="checkbox"/> Kasvaimet	<input type="checkbox"/> Klamydia
<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Kehitysvamma	<input type="checkbox"/> Leikkaukset
<input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> Ympärileikkaus	<input type="checkbox"/> Hormonihoito	_____
<input type="checkbox"/> Lääkeaineallergia	<input type="checkbox"/> Työperäinen riski	<input type="checkbox"/> Sairaanhoido ulkomailla	
Muuta:			

Lääkitys
Lisäravinteet/Vitamiinit
Partnerin terveydentila/sairaudet
Perheen terveydentila/sairaudet joilla on mahdollisesti merkitystä raskaudelle

Oma arviiosi terveydentilastasi tällä hetkellä? _____

Millaisia tunteita raskaus teissä herättää? _____

Onko sinulla tai partnerillasi raskauteen tai synnytykseen liittyviä pelkoja? Millaisia?

Odotuksia ja toivomuksia äitiysneuvolalta?

