



Namn: _____
Personnummer: _____
Födelseland: _____
Adress: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-post: _____
Sammanboende med partner Ensamstående Annan situation
Förvärvsarbete: Heltid Deltid Arbetslös Studerar
Yrke: _____ Arbetsplats: _____
Utbildning: Grundskola Gymnasium Högskola/Universitet
Arbets- och/eller bostadsmiljöproblem: Ja Nej

Partner/närmast anhörig: _____
Adress (om annan) _____
Mobil: _____

Allmänt

Dagens vikt: _____ längd: _____
Senaste mens första dag: _____
Hur långt intervall mellan menstruationerna: _____
Hur många dagar brukar menstruationerna vara: _____
Graviditetstest positiv datum: _____
Försökt att bli gravid i antal år: _____
Fått hjälp att bli gravid (metod): _____
Vid IVF eller ICSI ange ET datum: _____

Tidigare graviditeter och förlossningar:

Skriv ner dina tidigare graviditeter och förlossningar. Även missfall/aborter.

År/ mån	Kön	Vikt	Sjukhus	Gravvecka	Ev. komplikationer?

Amningserfarenheter: _____

Har du någon allergi eller överkänslighet? Nej Ja _____

Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter? Nej Ja

Om ja, vilka? _____

Röker du? Nej Ja Hur mycket? _____

Snusar du? Nej Ja Hur mycket? _____

Droger? Nej Ja När och vad? _____

Sjukdomar/ärftlighet i blivande mammans familj?

Har några i din närmaste familj (mor, far, syskon) haft eller har någon av följande sjukdomar/ärftlighet?	Ja	Nej	Om Ja vem?
Högt blodtryck			
Blodpropp.			
Blödarsjuka			
Sköldkörtelsjukdom (Struma)			
Finns tvillingar i din närmaste släkt			

Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar?	Ja	Nej
Hjärt- kärlsjukdomar		
Blodpropp		
Psyksiska besvär		
Leversjukdom, t ex gulsot eller gallbesvär		
Gynekologisk sjukdom...		
Endokrinologisk sjukdom , t ex struma eller annan sköldkörtelrubbnig		
Urinvägsproblem		
Lungsjukdom, t ex astma		
Njursjukdom		
Tarmsjukdom		
Diabetes		
Led- eller muskelsjukdomar		
Epilepsi		
Högt blodtryck		
Huvudvärk eller migrän		
Ätstörning, anorexi /bulimi		

Övrigt

Har du blivit röntgad eller vaccinerad sedan du blev gravid? Ja Nej

Har du någon gång fått blodtransfusion? Ja Nej Om ja, vilket år _____

Har du blivit opererad någon gång? Ja Nej

Har du upplevt våld i nära relation? Ja Nej

Har du varit i kontakt med kurator eller socialsekreterare de senaste åren? Ja Nej

Har du besökt en sjukvårdsinrättning utomlands de senaste 6 månaderna? Ja Nej

Har du MRSA? Ja Nej

När tog du gynekologiskt cellprov senast?.....

Hur uppfattade du ditt hälsotillstånd under de tre månaderna innan du blev gravid?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt Vet ej

Vill du tillägga något?

Alla läkemedel som hamnar i naturen påverkar vår miljö.

Känner du till att man ska lämna överblivna läkemedel till Apoteket? Ja Nej

Jag har inskrivningstid den _____

Till Barnmorska _____

Till sist - Känn Er hjärtligt välkomna till oss!

SAMTYCKE/INFORMATION

BIOBANK, SAMMANHÅLLEN JORUNALKEDJA, GRAVIDITETSREGISTRET

Biobank

De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i s.k. biobanker.

Läs mer om biobanken <http://www.biobanksverige.se/getDocument.aspx?id=28>

Jag accepterar att mina prover sparas ja nej

Sammanhållen journalkedja

Mödrahälsovården och kvinnoklinikerna i Stockholms län har sammanhållen journalföring i ett gemensamt journalsystem Obstetrix.

Det innebär att de som deltar i din vård har möjlighet att läsa hela din journal.

Läs mera om obstetrix <http://www.nwe.siemens.com/sweden/internet/se/healthcare/it-losningar/obstetrix/pages/obstetrix.aspx>

Jag accepterar att hela vårdkedjan får ta del av min journal ja nej

Graviditetsregistret

Mödrahälsovård, förlossningsvård och neonatalvård deltar alla i kvalitetsregister för att förbättra och utveckla vården. Uppgifter hämtas från journaler.

Läs mer om kvalitetsregister <http://www.graviditetsregistret.se>

Jag accepterar att delta i kvalitetsregister ja nej

Datum: _____ Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____