



Förhandsinformation till mödrarådgivningen

Uppgifter om den blivande mamman	Efternamn	Samtliga förnamn	
	Adress	Postnummer och -ort	Personbeteckning
	Hemkommun	Telefon	E-post
	Födelseland	Modersmål	Civilstånd
	Yrke	Arbetsplats	Religionstillhörighet
Uppgifter om den blivande pappan/ partnern	Efternamn	Samtliga förnamn	
	Adress (<input type="checkbox"/> samma som blivande mamman)	Postnummer och -ort	Personbeteckning
	Telefon	Modersmål	Hemkommun
	Yrke och arbetsgivare	Gemensamma barn (födelseår)	Barn från tidigare förhållanden (födelseår)
	Längd	Regelbundna mediciner	Religionstillhörighet
	Rökning (st/dygn)	Snus	Droger
Förhands- uppgifter om den blivande mamman	Senaste menstruation började: _____ Menstruationscykelns längd: _____ Regelbunden <input type="checkbox"/> Oregelbunden <input type="checkbox"/> Senaste preventivmetod: _____ Avslutat, när? _____ Graviditetstest positivt: _____ Senaste papa-prov (år, resultat): _____ Fertilitetsbehandling före graviditeten? _____ Datum för befruktning/överföring av embryo: _____ Längd: _____ Vikt före graviditeten: _____		



Tidigare graviditeter och förlossningar	Datum/år	Grav. vecka	Förlossningssätt Missfall/abort	Namn	Födelsevikt	Amnings tid i mån	Var?
Betydande sjukdomar hos de blivande föräldrarna M = mamma P = pappa/ partner	M P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 blodtryckssjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 allergi Vilka: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 läkemedelsallergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 njursjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 hjärtsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 leversjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 neurologiska sjukdomar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 cancer/tumörer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 genetisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12 hepatit B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 hepatit C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 multiresistenta bakterier (MRSA, ESBL)	M P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 astma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16 epilepsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17 utmattning/ depression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18 psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 medfödda missbildningar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 handikapp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21 genital herpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22 reuma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23 operationer Vilka? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24 sexuellt överförbara sjukdomar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25 zikavirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26 höftledsluxation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 övrigt:	M <input type="checkbox"/> 28 urinvägsinfektion <input type="checkbox"/> 29 sköldkörtelsjukdom <input type="checkbox"/> 30 vattkoppor <input type="checkbox"/> 31 röda hund/vaccin <input type="checkbox"/> 32 blodtransfusion <input type="checkbox"/> 33 ätstörningar <input type="checkbox"/> 34 migrän <input type="checkbox"/> 35 åderbräck <input type="checkbox"/> 36 omskuren <input type="checkbox"/> 37 tromboemboli * <input type="checkbox"/> 38 trombofili ** <input type="checkbox"/> 39 inkontinensbesvär <input type="checkbox"/> 40 nyfött barn i ljusvård <input type="checkbox"/> 41 blodpropp * Tromboemboli: Djup blodpropp i benet som lossnat och följt med blodet till lungan och orsakat blodpropp i lungan. ** Trombofili: Ärftligt störningstillstånd som ökar risken för blodpropp.	M sjukdomar i förlossningsorganen <input type="checkbox"/> 42 operationer <input type="checkbox"/> 43 tumörer <input type="checkbox"/> 44 infertilitet <input type="checkbox"/> 45 hormonbehandling <input type="checkbox"/> 46 PCO* <input type="checkbox"/> 47 äggstocks- livmoderinflammation <input type="checkbox"/> 48 skrapning *Polycystiska ovarier (små äggblåsor på äggstockarna)			
Ytterligare information om mammas sjukdomar och vårdplatser							



Nuvarande mediciner, också eventuella vitamin- eller naturkostpreparat											
Betydande sjukdomar i släkten hos blivande föräldrarna	(t.ex. missbildningar, hjärtfel, ärftliga sjukdomar, sköldkörtelsjukdom, diabetes typ 2, graviditetsförgiftning, höftledsluxation, ngt spec. under barndomen...)										
Den blivande mammans levnadsvanor	<table border="0"><tr><td>Rökning före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn</td><td>Rökning under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn</td></tr><tr><td>Snus före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</td><td>Snus under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td>Cannabis före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn</td><td>Cannabis under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn</td></tr><tr><td>Alkohol före graviditeten (v.g. fyll i audit) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</td><td>Alkohol under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</td></tr><tr><td>Övriga droger före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?</td><td>Övriga droger under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?</td></tr></table> <p>Motionsvanor:</p> <p>Kostvanor/dieter:</p>	Rökning före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Rökning under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Snus före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Snus under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Cannabis före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Cannabis under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Alkohol före graviditeten (v.g. fyll i audit) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Alkohol under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Övriga droger före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?	Övriga droger under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?
Rökning före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Rökning under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn										
Snus före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Snus under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
Cannabis före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn	Cannabis under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, antal/dygn										
Alkohol före graviditeten (v.g. fyll i audit) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Alkohol under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
Övriga droger före graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?	Övriga droger under graviditeten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilka?										
Vaccin mot tuberkulos	<p>För ev. vaccinering mot tuberkulos av den nyfödda, behöver vi veta om någon av de blivande föräldrarna är födda utomlands?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket land? _____</p> <p>Planerar ni att bosätta er utomlands under barnets första levnads år?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket land? _____</p> <p>Har eller har någon haft tuberkulos i er familj?</p> <p><input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vem? _____</p>										
Samtycke	<p>Jag/vi ger min/vår tillåtelse till att dessa uppgifter får överföras till mödra- och barnjournalerna</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Mammans underskrift _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Pappans/partners underskrift _____</p> <p>Datum _____</p>										