



# BARNMORSKEGRUPPEN

## ÖRESUND

**Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande frågor och ta med dig detta formulär.  
Besöket tar ca 60 minuter. Glöm inte att ta ditt ID-kort!**

**Blivande mamma:**

Personnummer: \_\_\_\_\_  
Namn: \_\_\_\_\_  
Telefon hem/mobil/arbete: \_\_\_\_\_  
Adress \_\_\_\_\_  
Mailadress \_\_\_\_\_  
Yrke \_\_\_\_\_

**Blivande pappa/partner eller annan anhörig:**

Namn: \_\_\_\_\_  
Personnummer: \_\_\_\_\_  
Telefon hem/mobil/arbete: \_\_\_\_\_

När hade du din sista mens första dag? \_\_\_\_\_

Hur många dagar brukar du blöda? \_\_\_\_\_

Hur långt intervall har du mellan menstruationerna? \_\_\_\_\_

Graviditetstest, när? \_\_\_\_\_

Använde du preventivmedel innan graviditeten, i så fall vilket? \_\_\_\_\_

Aktuell vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_

Allergi mot läkemedel	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Rökning/snusning före graviditet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Rökning/snusning vid inskrivningen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Alkohol tre månader före graviditeten:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Alkohol vid inskrivningen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du använt några andra droger:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja. Vilka och hur länge sedan? _____		

**Utbildningsbakgrund**

Grundskola                       Gymnasium                       Högskola/Universitet

Förvärvsarbete. Heltid/deltid/arbetslös? \_\_\_\_\_

Yrke? \_\_\_\_\_

Bostad eller arbetsmiljöproblem? \_\_\_\_\_

I vilket land är du född? \_\_\_\_\_

Familjesituation? Gift? Sambo? \_\_\_\_\_

Har du försökt att bli gravid i mer än ett år? Ja  Nej

Har du fått hjälp att bli gravid? Ja  Nej

Vid IVF eller ICSI ange ET datum  
samt kliniken där du fått hjälp:

\_\_\_\_\_

Har du varit gravid tidigare? Ja  Nej   
(även missfall och aborter)

#### Tidigare graviditeter och förlossningar

År/mån	Grav typ	Kön	Vikt	Grav vecka	Sjukhus	Förlopp

Hur har du uppfattat din hälsa de tre senaste månaderna innan du blev gravid?

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

När tog du cellprov senast? \_\_\_\_\_

Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter regelbundet?

Om ja vilka?

Namn

Styrka

Dos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Under nuvarande graviditet

har du blivit röntgad eller vaccinerad? Ja  Nej

Har du fått blodtransfusion någon gång? Ja  Nej

Om du har varit gravid tidigare hur är dina erfarenheter av graviditet, förlossning och amning varit?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hur har nuvarande graviditet varit fram tills nu?

\_\_\_\_\_

Hur är din kost och motionsvanor?

\_\_\_\_\_

**Har du haft eller har någon av följande sjukdomar**

	Ja	Nej
<b>1. Hjärt/kärlsjukdom,</b> t.ex. klaffel, kärlkramp, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp, annat		
<b>2. Psykiska besvär med medicinering</b> t.ex. ångest, depression, ätstörningar, annat		
<b>3. Leversjukdom</b> t.ex. gulsot, gallbesvär, annat		
<b>4. Någon sjukdom som smittar via blodet</b> t.ex. hepatit (gulsot), HIV, annat		
<b>5. Gynekologisk sjukdom eller operation</b> t.ex. herpes i underlivet		
<b>6. Endokrinologisk sjukdom</b> t.ex. struma, binjure- hypofyssjukdom, annat		
<b>7. Urinvägsproblem</b> t.ex. upprepade urinvägsinfektioner, njursjukdom, annat		
<b>8. Lungsjukdom</b> t.ex. astma, bronkit, tbc, annat		
<b>9. Tarmsjukdom</b> t.ex. ulcerös kolit, Morbus Chron, annat		
<b>10. Diabetes</b>		
<b>11. SLE</b> SLE är en inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar		
<b>12. Epilepsi</b>		
<b>13. Led eller muskelsjukdom</b> t.ex MS, reumatism, ryggbesvär, annat		
<b>14. Huvudvärk, migrän</b>		
<b>15. Allergi? Om ja mot vad?</b>		
<b>16. Har du någon gång under de senaste 6 månaderna vårdats eller besökt vårdinrättning i Sverige eller utomlands (även Danmark)?</b>		
<b>17. MRSA (stafylokockinfektion)</b>		
<b>18. Har du någon annan sjukdom? Om ja, vilken?</b>		
<b>19. Har du blivit opererad någon gång?</b> t.ex. bröstförminskning/bröstförsoring, blindtarm, annat		
<b>20. Har Du haft kontakt med kurator, socialsekreterare eller psykolog under de senaste åren?</b>		
<b>21. Har du upplevt våld i nära relation?</b>		
<b>22. Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning?</b> T.ex. blödningsdefekt, högt blodtryck, missbildningar, diabetes, tvillingar, sköldkörtelsjukdom eller psykisk sjukdom		