

GRATTIS TILL GRAVIDITETEN!



Inför inskrivningssamtalet får du gärna fylla i följande frågor.

BLIVANDE MAMMA

Namn: _____ Personnr: _____
Mobilnr: _____ Mail: _____
Yrke: _____ Arbetsplats: _____

BLIVANDE PAPPA/PARTNER EL ANNAN ANHÖRIG

Namn: _____ Personnr: _____
Mobilnr: _____ Mail: _____
Relation: _____ Yrke/arbetsplats: _____

När hade du din sista mens första dag? _____

Hur många dagar brukar du blöda? _____

Hur långt intervall har du mellan menstruationerna? _____

Graviditetstest, när? _____

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? (även missfall och aborter)

År/mån	Sjukhus	Graviditetsvecka	Kön/vikt	Förlopp/ev komplikationer

Amningserfarenhet?

Har du /eller har haft någon av följande sjukdomar:	Ja	Nej
Hjärt-kärlsjukdom, t.ex. klaffel, kärlkramp, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp		
Psykiska besvär med medicinering t.ex. ångest, depression, ätstörningar		
Leversjukdom t.ex. gulsot, gallbesvär?		
Gynekologisk sjukdom eller operation t.ex. herpes i underlivet, cellförändringar		
När tog du cellprov senast?		
Endokrinologisk sjukdom t.ex. sköldkörtel, binjure- hypofyssjukdom		
Urinvägsproblem t.ex. upprepade urinvägsinfektioner, njursjukdom?		
Lungsjukdom t.ex. astma, bronkit, tbc?		
Tarmsjukdom t.ex. ulcerös kolit, Mb Chron, IBS?		
Diabetes		
SLE		
Epilepsi		
Led eller muskelsjukdom t.ex MS, reumatism, ryggbesvär, annat		
Huvudvärk, migrän?		
Sjukdom som smittar via blodet t.ex. hepatit (gulsot), HIV?		
Har du fått blodtransfusion någon gång?		
MRSA (multiresistenta bakterier)?		
Har du blivit opererad någon gång?		
Allergi? Om ja mot vad?		
Har du någon annan sjukdom som vi inte nämnt ovan?		

Ärftliga och genetiska sjukdomar i ffa mammans familj? (mamma, pappa, syskon)	Ja	Nej
Högt blodtryck?		
Blodpropp? Stroke? Hjärnblödning?		
Blödarsjuka?		
Sköldkörtelsjukdom (struma)?		
Hjärtinfarkt? Hjärtmissbildningar?		
Diabetes?		

Aktuell vikt: _____ Längd: _____

Läkemedel / kosttillskott / vitaminer	Styrka	Dos

Allergi mot läkemedel Ja Nej

Om ja vilket? _____

Rökning/snusning före graviditet Ja Nej
Rökning/snusning vid inskrivningen Ja Nej
Alkohol tre månader före graviditeten: Ja Nej
Alkohol vid inskrivningen? Ja Nej
Har du använt/använder du droger: Ja Nej
Om ja. Vilka och hur länge sedan? _____

I vilket land är du född? _____

Bostads- eller arbetsmiljöproblem? _____

Utbildningsbakgrund

Grundskola Gymnasium Högskola/Universitet

Har du någon gång under de senaste 6 månaderna vårdats eller besökt vårdinrättning i Sverige eller utomlands?

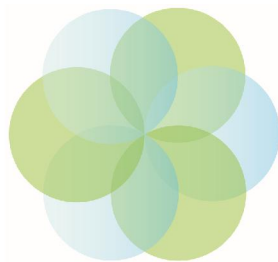
Har Du haft kontakt med kurator, socialsekreterare eller psykolog under de senaste åren?

Har du upplevt våld i nära relation? Nu eller tidigare?

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

FINNS DET NÅGOT SOM ÄR VIKTIGT FÖR OSS ATT KÄNNA TILL OM DIG/ER?



BARNMORSKEGRUPPEN
ÖRESUND