

# Hälsodeklaration inför första besöket under graviditet

Alla gravida inom Stockholms läns landsting erbjuds regelbundna besök på barnmorskemottagning. Syftet med mödrahälsovård är att se hur du och ditt väntade barn mår. Besöken och undersökningarna är avgiftsfria och frivilliga. Informera din barnmorska om det är någon undersökning som du inte vill göra eller känner dig tveksam till.

Inför ditt första besök på barnmorskemottagningen är det bra att gå igenom vissa frågor som har betydelse för graviditeten. Därför ber vi dig fylla i denna hälsodeklaration. Skriv ut blanketten och ta med den till barnmorskan vid första besöket på barnmorskemottagningen. Uppgifterna som lämnas på denna sida omfattas av sekretess och de enda som får läsa uppgifterna är personal som är involverad i din vård av denna graviditet.

**Var vänlig besvara frågorna nedan inför ditt första besök på barnmorskemottagningen.**

## **Kontaktuppgifter till dig**

Namn:

Personnummer:

Telefonnummer:

Adress:

## **Kontaktuppgifter till partner/närmaste anhörig**

Namn:

Relation:

Telefonnummer:

### **Din utbildningsbakgrund**

- Ingen eller skolgång kortare än 9 år
- Grundskola (eller motsvarande)
- Upp t o m gymnasium (eller motsvarande)
- Högskola/Universitet (eller motsvarande)

### **Vad arbetar du med?**

- Förvärvsarbetande
- Arbetsökande
- Studerande
- Sjukskriven/sjukersättning
- Föräldraledig
- Annat

Heltid, ja/nej

Om deltid, hur många procent:

### **I vilket land är du född?**

Om du inte är född i Sverige, hur länge har du bott här?

Behöver du tolk, ja/nej

Om ja, vilket språk:

### **När hade du din senaste menstruation? (Första blödningsdagen)**

Datum:

### **Hur många dagar har du vanligtvis från mensens första dag till nästa mens första dag?**

Antal dagar:

**Har du gjort graviditetstest?**

Ja/nej

Om ja, när?

**Har du nyligen använt preventivmedel?**

ja/nej

Om ja, vilken metod och när slutade du?

**Har du försökt att bli gravid i mer än 1 år?**

Ja/nej

Om ja, hur många år?

**Har du fått hjälp av sjukvården att bli gravid?**

Ja/nej

Om ja, på vilket sätt?

**Ange eventuella tidigare graviditeter:**

Vilket eller vilka år:

I vilken vecka födde du ditt barn:

Förlossningssätt:

Barnets kön:

Barnets vikt:

Sjukhusets namn:

Beskriv eventuell amningserfarenhet:

**Har du eller har du haft kontakt med kurator, psykolog, socialsekreterare eller läkare? Vid pågående kontakt uppge gärna kontaktuppgifter.**

Ja/nej

Om ja, beskriv:

**Har du upplevt våld i nära relation?**

Ja/nej

Kommentar:

**Hur skattar du själv ditt hälsotillstånd under de tre senaste månaderna innan denna graviditet?**

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

**När tog du gynekologiskt cellprov senast?**

Datum:

**Har du haft cellförändringar? Om ja, uppge årtal.**

År:

**Har du någon allergi?**

Ja/nej

Om ja, mot vad?

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

- Hjärta/kärlsjukdom, till exempel klaffel, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp.
- Psykiska besvär, till exempel ångest, depression, ätstörning, bipolär sjukdom, ADHD.
- Leversjukdom, till exempel gulsot, gallbesvär, annat
- Någon sjukdom som smittar via blodet, till exempel hepatit, (gulsot), HIV, annat
- Gynekologisk sjukdom, till exempel herpes, endometrios, annat
- Endokrinologisk sjukdom, till exempel struma, binjure- hypofysson sjukdom, annat
- Urinvägsproblem, till exempel urinvägsinfektion, njursjukdom, annat
- Lungsjukdom, till exempel astma, bronkit, tbc, annat
- Tarmsjukdom, till exempel ulcerös colit, Morbus Chron, annat
- Diabetes
- SLE/inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar
- Epilepsi
- Led eller muskelsjukdom, till exempel MS, reumatism, ryggbesvär, annat
- Huvudvärk, migrän
- Resistent bakterier
- Pågående sårinfektion

**Har du någon annan sjukdom eller har du genomgått någon operation?**

Ja/nej

Om ja, beskriv närmare:

**Har du någon gång fått blodtransfusion?**

ja/nej

Om ja, vilket år?

**Använder du några mediciner eller hälsokostprodukter?**

Ja/nej

Om ja, vilka och hur mycket?

**Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning? Till exempel blodpropp, missbildning, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom m.m.**

Ja/nej

Om ja, beskriv närmare:

**Skriv ut, fyll i och ta med till din barnmorska**