

Hälsodeklaration gravid

Vi är tacksamma om du vill fylla i formuläret och svara på frågor om din hälsa. Vänligen fyll i den innan ditt besök hos barnmorska. Tag med giltig D-handling vid ditt besök.

Viktigt

- Alla gravida inom Region Blekinge 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 barnmorskemottagning är det bra att gå igenom vissa frågor som har betydelse för graviditeten. Därför ber vi dig fylla i denna hälsodeklaration. Detta för att du och barnmorskan ska vara mer förberedda inför ert första möte. Uppgifterna som lämnas omfattas av sekretess och det är endast personal som är involverad i din vård av denna graviditet som får läsa uppgifterna.
- Ta med morgonurinprov till inskrivningssamtalet.
- Läs gärna informationen på 1177.se [Att vänta och föda barn i Blekinge - Dina besök hos barnmorska](#)

Jag har tagit del av den fullständiga informationen ☐

Namn: (Obligatorisk)

.....

Personnummer: (Obligatorisk)

.....

Vilket/vilka telefonnummer kan du nås på? (Obligatorisk)

.....

Samtycker du till meddelande via SMS?

Ja ☐ Nej ☐

Vilket är ditt födelseland? (Obligatorisk)

.....

Har du annat modersmål än svenska?

Ja ☐ Nej ☐

Har du bott utomlands sammanlagt mer än 1 år de senaste tio åren?

Ja ☐ Nej ☐

Nuvarande graviditet

Ange datumet för senaste mensens första dag

Datum (Obligatorisk).....

Hur långt intervall mellan menstruationerna? Ange antal dagar från mensens första dag till nästa mens börjar: (Obligatorisk)

.....

Har du gjort ett graviditetstest?

Ja ☐ När gjorde du graviditetstestet? (Obligatorisk)

.....

Nej ☐

Livsstil

Hur lång är du? (Obligatorisk)

.....

Vad väger du? (Obligatorisk)

.....

Självskattad hälsa 3 månader innan graviditeten (Obligatorisk). Välj ett alternativ

Mycket bra ☐ Bra ☐ Varken bra eller dålig ☐ Dålig ☐

Mycket dålig ☐ Vet ej ☐

Motionerar du?

Det är bra att fortsätta vara aktiv under hela din graviditet, läs mer på 1177 under "Fysisk aktivitet under graviditeten".

Ja ☐

Vad utför du för fysisk aktivitet? (Obligatorisk)

.....

Nej ☐

Använder du någon form av tobak? Cigaretter, snus, vattenpipa, e-cigarett?

Nej ☐ Ja ☐

Använder du droger?

Nej ☐ Ja ☐

Har du någon gång varit utsatt för hot / kränkning / våld?

Nej ☐ Ja ☐

Hur identifierar du dig?

Kvinna ☐ Man ☐ Icke binär ☐ Annat ☐ Vill inte svara ☐

Sociala förhållanden

Vad har du för familjesituation?

Sambo/gift ☐ Ensamstående ☐ Annan ☐

Vad har du för sysselsättning?

Förvärvsarbetande ☐

Vad har du för yrke och hur mycket arbetar du? (Obligatorisk)

.....

Student ☐ Föräldraledig ☐ Arbetssökande ☐ Sjukskriven/har sjukersättning ☐

Annat ☐

Vilken är din högsta utbildningsnivå?

Ingen eller skolgång kortare än 9 år ☐ Grundskola ☐ Gymnasium ☐

Universitet/Högskola ☐

Tidigare graviditeter och förlossningar

Ofrivillig barnlöshet antal år? (Obligatorisk)

.....

Fått medicinsk hjälp för att bli gravid?

Ja ☐ Nej ☐

Skriv ned dina tidigare graviditeter och förlossningar. Ange födelseår/månad, kön, födelsevikt, graviditetsvecka och eventuella komplikationer? (Obligatorisk)

.....
.....
.....
.....

Eventuella missfall och aborter. Ange år/månad och om det var missfall eller abort. (Obligatorisk)

.....
.....
.....
.....

Har du ammat?

Ja ☐

Beskriv dina amningserfarenheter. Hur länge har du ammat? Eventuella komplikationer. (Obligatorisk)

.....
.....

Nej ☐

Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?

Hjärt- och kärlsjukdomar (klaffel, kärlkramp, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp)

Nej ☐ Ja ☐

Leversjukdom/Gulsot/Hepatit/annan blodsmitta

Nej ☐ Ja ☐

Gynekologisk sjukdom/operation (cellförändringar, herpes, endometrios, PCO, bäckenbottenbesvär, inkontinens)

Nej ☐ Ja ☐

Ämningsomsättningssjukdom (t.ex. sköldkörtelsjukdom)

Nej ☐ Ja ☐

Njursjukdom, upprepade urinvägsinfektion

Nej ☐ Ja ☐

Lungsjukdom, astma, bronkit, TBC

Nej ☐ Ja ☐

Inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös colit, mb crohn)

Nej ☐ Ja ☐

Diabetes

Nej ☐ Ja ☐

Led- muskelsjukdom (MS, reumatism, ryggbesvär, SLE)

Nej ☐ Ja ☐

Epilepsi

Nej ☐ Ja ☐

Blödningsrubbningsar (APC-resistens, von Willebrandts sjukdom)

Nej ☐ Ja ☐

Allergi

Nej ☐ Ja ☐

Psykossjukdom? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Annan sjukdom eller operation

Nej ☐ Ja ☐

Bipolär sjukdom? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Självskadebeteende? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Tvångssyndrom? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Ångest/panik? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Ätstörning? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Neuropsykiatrisk diagnos (ADHD, ADD, autismspektrat)? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Depression eller ångest vid tidigare graviditet/förlossning? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Behandlad inom öppen- eller slutenvård? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Har du en pågående kontakt med behandlare? (Obligatorisk)

Nej ☐ Ja ☐

Har du någon genetisk sjukdom eller missbildning (t ex hjärtmissbildning)?

Nej ☐ Ja ☐

Har du under senaste 6 månaderna:

Vårdats/behandlats utanför Sverige? T.ex. IVF-klinik, ultraljud, barnmorske/läkarbesök, tandvård eller sjukhus?

Nej ☐ Ja ☐

Vårdats på annan vårdinrättning i Sverige?

Nej ☐ Ja ☐

Behandlats för hud/sårskada i Sverige eller utomlands?

Nej ☐ Ja ☐

Har någon i din närmaste familj (mor, far, syskon) haft eller har någon av följande sjukdomar?

Blodpropp

Nej ☐ Ja ☐

Högt blodtryck

Nej ☐ Ja ☐

Diabetes

Nej ☐ Ja ☐

Blödningsrubbnings eller ökad blödningsbenägenhet

Nej ☐ Ja ☐

Havandeskapsförgiftning

Nej ☐ Ja ☐

Sköldkörtelsjukdom

Nej ☐ Ja ☐

Psykisk sjukdom

Nej ☐ Ja ☐

Finns det ärftlighet (mor, far, syskon) för kromosomavvikelse, genetisk sjukdom eller missbildning?

Nej ☐ Ja ☐

Övrigt

Använder du några läkemedel eller kosttillskott?

Nej ☐ Ja ☐

Har du lämnat gynekologiskt cellprov?

Nej ☐ Ja ☐

Har du någon gång fått blodtransfusion?

Nej ☐ Ja ☐

Har du vaccinerat dig under graviditeten?

Nej ☐ Ja ☐

Har du röntgat dig under graviditeten?

Nej ☐ Ja ☐

Har du tagit del av informationen om ultraljud och NIPT, alternativt har du tagit del av informationen på 1177 om fosterdiagnostik?

Ja ☐ Nej ☐

Har du tagit del av informationen kring livsstil och hälsa under graviditeten på 1177?

Ja ☐ Nej ☐

Samtycker du till att prover som tas i anslutning till graviditeten och förlossningen sparas i biobanken?

Ja ☐ Nej ☐

Samtycker du till sammanhållen journalföring, d.v.s. vi får ta del av din journal från andra vårdverksamheter inom region Blekinge, privat vårdgivare t ex Skärgårdsgyn eller annan region?

Ja ☐ Nej ☐

Samtycker du till att delar av din journal förs in i graviditetsregistret?

Ja ☐ Nej ☐

Uppgifter om medförälder

Uppgifter om din partner/annan anhörig: (Obligatorisk)

Vilket/vilka telefonnummer kan din partner/anhörig nås på? (Obligatorisk)

.....

Sysselsättning / förvärvsarbete

.....

Psykisk ohälsa (psykos, bipolär, självskadebeteende, tvångssyndrom, ADHD, ADD, autism, depression, ångest)

Nej ☐ Ja ☐

Finns det hos biologisk barnafader ärftlighet (mor, far, syskon) för kromosomavvikelse, genetisk sjukdom eller missbildning (t ex hjärtmissbildning)?

Nej ☐ Ja ☐

Finns det någon genetisk sjukdom eller missbildning hos biologisk barnafader?

Nej ☐ Ja ☐

Gulsot / hepatit / annan blodsmitta

Nej ☐ Ja ☐

Använder någon form av tobak (cigaretter, snus, vattenpipa, e-cig)

Nej ☐ Ja ☐

Tack för dina svar!