Välkommen till barnmorskemottagningen!

Mödrahälsovården

Fyll gärna i hälsoenkäten och ta med vid ditt nästa besök

|  |  |
| --- | --- |
| **Blivande mamma** | Personnummer: |
| Namn: | Adress: |
| Telefon: |  |
| Yrke: | Arbetsplats: |
| Födelseland: | Språk (om ej svenska)/tolkbehov: |
| **Partner/närmast anhörig** | |
| Namn: | Adress (om annan än ovan): |
| Telefon: |  |
| Yrke: | Arbetsplats: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hem och arbete** | | | | |
| Familjesituation: | □ Sambo | □ Ensamstående | □ Annat | |
| Sysselsättning: | □ Arbetar heltid | □ Arbetar deltid | □ Student | |
| □ Föräldraledig | □ Arbetssökande | □ Sjukskriven | |
| Utbildningsnivå: | □ Kortare än 9 år | □ Grundskola | □ Gymnasium | □ Högskola |
| Arbets- eller bostadsproblem: | | □ Ja | □ Nej | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mensblödning och aktuell graviditet** | | | | | |
| Datum för senaste mensens första dag: | Har du regelbunden mens? | | | □ Ja | □ Nej |
| Antal dagar mensen brukar pågå: | Antal dagar från mensens första dag till nästa mens börjar: | | | | |
| Antal år du försökt bli gravid: | Ev. behandling för att bli gravid: | | | | |
| Datum för positivt graviditetstest: | □ Ingen | □ IVF | □ Annat, nämligen | | |
| Datum för när du slutat med ev. preventivmedel: | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tidigare graviditeter och förlossningar (även missfall/abort)** | | | | | |
| År/månad | Kön | Födelsevikt | Grav-vecka | Sjukhus | Ev. komplikation |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hur skulle du skatta din hälsa under de tre månaderna närmast före graviditeten? | | | | |
| □ Mycket bra | □ Bra | □ Varken bra eller dålig | □ Dålig | □ Mycket dålig |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Levnadsvanor** | | | | | | | | |
| Tobak 3 månader innan graviditeten | | □ cigaretter, antal/dag: | | | □ Snus | | | □ Nej |
| Rökning idag | | □ cigaretter, antal/dag: | | | □ Snus | | | □ Nej |
| Droger 3 månader innan graviditeten | | □ Ja | | | □ Nej | | | |
| Droger idag | | □ Ja | | | □ Nej | | | |
| Alkohol 3 mån innan graviditeten | □ Sällan/aldrig | | □ Max 1 gång/v | | | □ Mer än 1 gång/v | | |
| Alkohol idag | □ Sällan/aldrig | | □ Max 1 gång/v | | | □ Mer än 1 gång/v | | |
| Aktuell kroppsvikt: | kg | | | Längd: | | | cm | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Har du/har du haft någon av följande sjukdomar/tillstånd?** | **Ja** | **Nej** |
| Hjärt-/kärlsjukdom (t ex högt blodtryck, klaffel, hjärtinfarkt, blödningsbenägenhet) |  |  |
| Blodpropp |  |  |
| Psykiska besvär (t ex ångest, depression, ätstörning, tvång) |  |  |
| Neuropsykiatrisk diagnos (t ex ADHD, autism, asperger) |  |  |
| Leversjukdom (t ex gulsot, gallsten) |  |  |
| Gynekologisk sjukdom eller operation |  |  |
| Hormonrelaterad sjukdom (t ex struma, binjure-, hypofyssjukdom) |  |  |
| Upprepade urinvägsinfektioner (minst tre gånger under samma år) |  |  |
| Njursjukdom |  |  |
| Lungsjukdom/astma |  |  |
| Inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös colit, Morbus Crohn) |  |  |
| Diabetes |  |  |
| SLE (inflammatorisk bindvävssjukdom) |  |  |
| Epilepsi |  |  |
| Led- eller muskelsjukdom (t ex reumatism, ryggbesvär) |  |  |
| Långvarig huvudvärk/migrän |  |  |
| Allergi/överkänslighet (ange mot vad) |  |  |
| Annan sjukdom/tidigare operation (ange vad) |  |  |
| Har du någon gång fått blodtransfusion? Om ja, vilket år? |  |  |
| Har du besökt vårdinrättning utomlands de senaste 6 månaderna? |  |  |
| Har du själv eller någon närstående haft tuberkulos? |  |  |
| Har du vistats mer än 3 månader i ett land utanför Sverige? Vilket land? |  |  |
| Planerar du utlandsresa det första halvåret efter förlossningen? Var? |  |  |
| Har du hosta eller feber sedan mer än 2 veckor, avmagring eller nattliga svettningar? |  |  |
| Har du tagit gynekologiskt cellprov? Om ja, när togs det senast? |  |  |
| Har du använt några läkemedel/vitaminer/naturmedel under graviditeten? |  |  |
| Ange namn, dos och graviditetsvecka | | |
| Har du vaccinerats under graviditeten? Om ja, mot vad och när? |  |  |
| Har du blivit röntgad under graviditeten? Om ja, när? |  |  |
| Ärftlighet (mor/far/syskon, även partners släkt) för t ex blödarsjuka, blodpropp, högt blodtryck, missbildning, diabetes, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom, tvillingar |  |  |
| Jag godkänner att vårdpersonal läser min journal på mottagning och sjukhus |  |  |