

Välkommen till barnmorskemottagningen!

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: ☐ Gift ☐ 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 mensens brukar pågå:		Antal dagar från mensens första dag till nästa mens börjar:			
Antal år du försökt bli gravid:		Ev. behandling för att bli gravid: ☐ Ingen ☐ IVF ☐ Annat, nämligen			
Datum för positivt graviditetstest:					
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 och nikotin						
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		
Använder du tobakssnus, nikotinsnus, cigaretter, vattenpipa, e-cigaretter, nikotinläkemedel eller andra tobaks- eller nikotinprodukter?						
	Dagligen eller så gott som dagligen	Hur mycket?	Ibland	Hur mycket?	Slutat	Slutdatum
Tobakssnus	☐	_____doser/vecka	☐	_____doser/månad	☐	
Nikotinsnus	☐	_____doser/vecka	☐	_____doser/månad	☐	
Cigaretter	☐	_____doser/vecka	☐	_____doser/månad	☐	
Vattenpipa	☐	_____doser/vecka	☐	_____doser/månad	☐	
E-cigaretter	☐	_____doser/vecka	☐	_____doser/månad	☐	
Nikotinläkemedel (tuggummi, plåster mm)	☐		☐		☐	
Andra tobaks- eller nikotinprodukter	☐ Vad? _____		☐ Vad? _____		☐ Vad? _____	

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		
Herpes, oral och/eller genital		
Har din partner känt genital herpes		
Hormonrelaterad sjukdom (t ex struma, binjure-, hypofyssjukdom)		
Antibiotikabehandlad urinvägsinfektion (senaste året)		
Njursjukdom		
Lungsjukdom/astma		
Inflammatorisk tarmsjukdom (ulcerös colit, Morbus Crohn)		
Diabetes , eller prediabetes		
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 andningsuppehåll när du sover?		
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? Vart?		
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?		
Är du könsstympad/ omskuren?		
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?		
Har din mamma eller syster haft havandeskapsförgiftning (preeklampsi)?		
Ärftlighet (mor/far/syskon, även partners släkt) för t ex blödersjuka, blodpropp, högt blodtryck, missbildning, diabetes, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom, tvillingar		