

Hälsodeklaration graviditet

Fyll i följande frågor och ta med formuläret när du kommer på ditt besök. Tillsammans går vi igenom det du fyllt i och du kan även ta upp sådant som du vill tillägga. Ta med ID-handling.

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Partner/närmast anhörig: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

I vilket land är du född? _____

Om du ej är född i Sverige, _____

hur länge har du bott här? _____

Tolkbehov: Nej Ja, språk: _____

Senaste menstruationens _____

första dag & intervall (om _____

osäker, skriv så gott du kan): _____

Graviditetstest positivt, _____

datum: _____

Slutat med preventivmedel, _____

vilken metod och datum? _____

Har du någon allergi? Ja, vad?: _____

Nej

Använder du nikotin (t.ex. _____

röker, snusar, röker _____

vattenpipa) eller droger? Ja, vad?: _____

Nej

Social situation

Sammanbor med barnets Ja

andra förälder: Nej

Annan situation: Ja: _____

Problem med arbets- Ja

och/eller bostadsmiljö: Nej

Sysselsättning Heltid Deltid

Nuvarande

arbetsplats/skola:

Ej förvärvsarbetande/

Studerande, vilket?

Utbildningsnivå:

- Ingen eller skolgång kortare än 9 år
 Grundskola (eller motsvarande)
 Upp till och med gymnasium (eller motsvarande)
 Universitet eller högskola (eller motsvarande)

Försökt bli gravid i antal år:

Fått behandling för att bli

gravid, vilken?

Tidigare graviditeter och förlossningar

Missfall:

År, månad, graviditetsvecka:

Sjukhus/klinik, behandling,

ev. komplikationer:

Aborter:

År, månad, graviditetsvecka:

Sjukhus/klinik, behandling,

ev. komplikationer:

Förlossningar:

År, månad	Graviditetsvecka	Kön	Vikt	Sjukhus	Förlopp (vaginal förlossning, kejsarsnitt, sugklocka), ev. komplikation

Beskriv eventuell

amningserfarenhet:

Finns det någon ärftlighet i era familjer som kan ha betydelse för graviditet och förlossning? T. ex.

blodpropp, blödarsjuka,

missbildning,

sköldkörtelsjukdom, m.m.

Ja, beskriv närmare: _____

Nej

Din kroppsliga hälsa

Sätt kryss om du har eller har haft:

Hjärt-/kärlsjukdom/koagulationssjukdom, till exempel klaffel, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp.		Tarmsjukdom, till exempel ulcerös colit, Crohns sjukdom	
Psykiska besvär, till exempel ångest, depression, ätstörning, bipolär sjukdom, ADHD, autism.		Diabetes	
Leversjukdom, till exempel gulsot, gallbesvär		SLE eller annan reumatisk sjukdom	
Någon sjukdom som smittar via blodet, till exempel hepatit, HIV		Epilepsi	
Gynekologisk sjukdom, till exempel herpes, endometriosis, myom		Led eller muskelsjukdom, till exempel MS, reumatism, ryggbesvär	
Endokrinologisk sjukdom, till exempel struma, binjure- hypofysson sjukdom		Huvudvärk, migrän	
Urinvägsproblem, till exempel urinvägsinfektion, njursjukdom		Resistenta bakterier, till exempel MRSA	
Lungsjukdom, till exempel astma, bronkit, tbc		Pågående sårinfektion	

Annat:

Senaste gynekologiska cellprovet (år, ev. cellförändringar):

Har du tagit mediciner, vitamintillskott eller hälsokostpreparat sedan du blev gravid?

 Ja, ange vilka: _____

 Nej

Använder du några mediciner nu?

 Ja, ange preparat, styrka och dos _____

 Nej

Har du blivit röntgad eller vaccinerad sedan du blev gravid?

 Ja, när? Anledning?: _____

 Nej

Har du någon gång fått blodtransfusion?

 Ja, när?: _____

 Nej

Har du blivit opererad eller vårdats på sjukhus någon gång?

- Ja, beskriv närmare: _____

- Nej

Har du eller har du haft kontakt med kurator, psykolog eller socialsekreterare?

- Ja, vid pågående kontakt uppge gärna kontaktuppgifter: _____

- Nej

Övrigt/något mer du önskar förmedla?

Beskriv gärna dina tankar inför graviditet/förlossning:

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

Jag samtycker till sammanhållen journalföring (att vårdgivaren får ta del av dokumentation från annan vårdgivare)

- Ja
 Nej
 Vet ej, önskar mer information