

## Hälsodeklaration inför första besöket under graviditet

Alla gravida inom Region Västmanland erbjuds regelbundna besök på barnmorskemottagning. Syftet med mödrahälsovård är att se hur du och ditt väntade barn mår.

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 ditt första besök på barnmorskemottagningen. Uppgifterna som du lämnar i denna hälsodeklaration omfattas av sekretess och får endast läsas av den personal som är involverad i din vård under den här graviditeten.

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

### 1. Kontaktuppgifter till partner/närmaste anhörig:

Namn: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### 2. Din utbildningsbakgrund:

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

### 3. Din sysselsättning:

- Förvärvsarbetande
- Arbetsökande
- Studerande
- Sjukskriven/sjukersättning
- Föräldraledig
- Annat: \_\_\_\_\_

### 4. Arbetar du heltid?

- Ja
- Nej

Om deltid, hur många procent (%)? \_\_\_\_\_

**5. I vilket land är du född?**

Land: \_\_\_\_\_

Om du inte är född i Sverige, ange antal år du bott här: \_\_\_\_\_

Behöver du tolk:

Ja

Nej

Om ja, vilket språk: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

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

Antal dagar: \_\_\_\_\_

**8. Har du gjort graviditetstest?**

Ja

Nej

Om ja, när? \_\_\_\_\_

**9. Har du nyligen använt preventivmedel?**

Ja

Nej

Om ja, vilken metod och när slutade du? \_\_\_\_\_

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

Ja

Nej

Om ja, hur många år? \_\_\_\_\_

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

Ja

Nej

Om ja, på vilket sätt?

**12. Ange eventuella tidigare graviditeter:**

Fött barn tidigare: \_\_\_\_\_

Vilket/vilka år? \_\_\_\_\_

Förlossningssätt: \_\_\_\_\_

Barnets/barnens vikt: \_\_\_\_\_

Sjukhusets namn: \_\_\_\_\_

Missfall? \_\_\_\_\_ Vilket/Vilka år? \_\_\_\_\_

Abort? \_\_\_\_\_ Vilket/vilka år? \_\_\_\_\_

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

Om ja, beskriv: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Hur uppfattar du själv ditt hälsotillstånd under de tre senaste månaderna innan denna graviditet?**

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Vet ej

**15. När tog du gynekologiskt cellprov senast?**

Datum: \_\_\_\_\_

**16. Har du haft cellförändringar? Om ja, uppge när:**

År: \_\_\_\_\_

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

- Hjärt/kärlsjukdom, t ex klaffel, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp
- Leversjukdom, t.ex. gulsot, gallbesvär
- Någon sjukdom som smittar via blodet, t.ex. hepatit (gulsot), HIV
- Gynekologisk sjukdom
- Endokrinologisk sjukdom, t.ex. struma, binjure/hypofyssjukdom
- Urinvägsproblem, t.ex. urinvägsinfektion, njursjukdom
- Lungsjukdom, t.ex. astma, bronkit, tuberkulos
- Tarmsjukdom, t.ex. Ulcerös colit, Morbus Chron
- Diabetes
- SLE/inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar
- Epilepsi
- Led eller muskelsjukdom, t.ex. MS, reumatism, ryggbesvär
- Huvudvärk, migrän
- Resistent bakterier
- Pågående sårinfektion

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

- Ja
- Nej

Om ja, beskriv närmare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning? T ex blodpropp, högt blodtryck, diabetes, sköldkörtelsjukdom, tvillingar, missbildning m.m.**

- Ja
- Nej

Om ja, beskriv närmare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20. Använder du några mediciner eller hälsokostprodukter?**

- Ja
- Nej

Om ja, ange nedan vilka och vilken dosering: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**21. Har du någon allergi?**

Ja

Nej

Om ja, mot vad? \_\_\_\_\_

**22. Är du överkänslig mot något läkemedel?**

Ja

Nej

Om ja, mot vad? \_\_\_\_\_

**23. Har du någon gång fått blodtransfusion?**

Ja

Nej

Om ja, vilket år? \_\_\_\_\_

**24. Har du under denna graviditet fått någon vaccination eller genomgått röntgenundersökning?**

Ja

Nej

Om ja, ange datum: \_\_\_\_\_

Tack för dina svar.

Kom ihåg att skriva ut och ta med till barnmorskan!

