

Hälsodeklaration

Välkomna till Aleris Ultragyn Barnmorskemottagning
på inskrivningssamtal

Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande frågor och ta med dig detta formulär. Du ska även ta med dig legitimation. Besöket tar ca 45 minuter.

Vänligen fyll i frågeformuläret före det individuella besöket hos barnmorskan.

Blivande mamma:

Personnummer:

Namn:

Telefon:

Yrke:

Närmast anhörig:

Namn:

Relation:

Telefon:

Yrke:

Utbildningsbakgrund

Grundskola

Gymnasium

Högskola/Universitet

Arbetstid (ange i %):

I vilket land är du född?

Är du sammanboende med partner?

Bostad- eller arbetsmiljöproblem?

Hur har du uppfattat din hälsa de tre senaste månaderna innan du blev gravid?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt Vet ej

Längd:

Vikt:

Senaste menstruation? Första blödningsdag:

Hur långt intervall mellan menstruationerna?

Använde du preventivmedel precis före graviditeten, i så fall vilket?

När tog du cellprov senast?

Hälsodeklaration

| | Ja | Nej |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter? Om ja vilka? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Namn/Dos/Styrka: | | |
| Har du gjort graviditetstest? Om ja när? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du försökt att bli gravid i mer än ett år? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du fått hjälp att bli gravid? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vid IVF eller ICSI ange ET datum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Röker/snusar du? Om ja, hur mycket per dag? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alkohol tre månader före graviditeten? Hur många gånger per vecka? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alkohol vid inskrivningen? Hur många gånger per vecka? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du använt några andra droger de senaste åren? Om ja, vilka? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du blivit röntgad eller vaccinerad under graviditeten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du fått blodtransfusion någon gång? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tidigare graviditeter och förlossningar

| År/månad | Förlopp | Kön | Vikt | Gravvecka | Sjukhus |
|----------|---------|-----|------|-----------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Hälsodeklaration

| Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar: | Ja | Nej |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Hjärt-/kärlsjukdom t ex klaffel, kärlekskramp, hjärtinfarkt, högt blodtryck, blodpropp, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Psykiska besvär t ex ångest, depression, ätstörningar, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leversjukdom t ex gulsot, gallbesvär, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Någon sjukdom som smittar via blodet t ex hepatit, (gulsot), HIV, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gynekologisk sjukdom | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Endokrinologisk sjukdom t ex struma, binjure- hypofyssjukdom, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Urinvägsproblem t ex urinvägsinfektion, njursjukdom, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lungsjukdom t ex astma, bronkit, tbc, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tarmsjukdom t ex lcerös colit, Morbus Chron, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| SLE inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Led eller muskelsjukdom t ex MS, reumatism, ryggbesvär, annat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Huvudvärk, migrän | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergi Om ja, mot vad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du besökt en sjukvårdsinrättning utomlands de senaste sex månaderna? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| MRSA (stafylokockinfektion) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du någon annan sjukdom? Om ja, vilken? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du blivit opererad någon gång? Om ja, för vad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du haft kontakt med kurator eller socialsekreterare de senaste åren? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Har du upplevt våld i nära relation? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning? t ex blödningsdefekt, högt blodtryck, missbildningar, diabetes, tvillingar, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hälsodeklaration

Aleris Ultragyn Mödrahälsovård

| | Ja | Nej |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Biobank De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i s.k. biobanker. Läs mer om biobanken https://biobanksverige.se/ eller på 1177 | | |
| Jag accepterar att mina prover sparas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sammanhållen journalkedja Mödrahälsovården och kvinnoklinikerna i Stockholms län har sammanhållen journalföring i ett gemensamt journalsystem Obstetrix. Det innebär att de som deltar i din vård har möjlighet att läsa hela din journal. Läs mer om obstetrix https://vardgivarguiden.se/it-stod/e-tjanster-och-system/obstetrix/ | | |
| Jag accepterar att hela vårdkedjan får ta del av min journal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Graviditetsregistret Mödrahälsovård, förlossningsvård och neonatalvård deltar alla i kvalitetsregister för att förbättra och utveckla vården. Uppgifter hämtas från journaler. Läs mer om kvalitetsregister http://www.graviditetsregistret.se | | |
| Jag accepterar att delta i kvalitetsregister | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Datum Namnunderskrift

Namnförtydligande