



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: _____ %

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? _____



Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter? Om ja vilka?

Namn/Dos/Styrka: _____

	Ja	Nej
Har du gjort graviditetstest? Om ja när?		
Har du försökt att bli gravid i mer än ett år?		
Har du fått hjälp att bli gravid?		
Vid IVF eller ICSI ange ET datum		
Röker/snuser du? Om ja. Hur mycket per dag?		
Alkohol tre månader före graviditeten? Hur många gånger per vecka		
Alkohol vid inskrivningen? Hur många gånger per vecka		
Har du använt några andra droger de senaste åren? Om ja. Vilka?		
Har du blivit röntgad eller vaccinerad under graviditeten?		

Har du fått blodtransfusion någon gång?		
---	--	--

Tidigare graviditeter och förlossningar

År/mån	Förlopp	Kön	Vikt	Grav vecka	Sjukhus

Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar:
Ja Nej

	Ja	Nej
1. Hjärt/kärlsjukdom, t.ex. klaffel/kärlkramp/hjärtinfarkt/högt blodtryck/blodpropp/ annat		
2. Psykiska besvär t.ex. ångest, depression, ätstörningar, annat		
3. Leversjukdom t.ex. gulsot, gallbesvär, annat		
4. Någon sjukdom som smittar via blodet, t.ex. hepatit, (gulsot), HIV, annat		
5. Gynekologisk sjukdom		
6. Endokrinologisk sjukdom t.ex. struma, binjure- hypofyssidjukdom, annat		
7. Urinvägsproblem t.ex. urinvägsinfektion, njursjukdom, annat		
8. Lungsjukdom t.ex. astma, bronkit, tbc, annat		
9. Tarmsjukdom t.ex. ulcerös colit, Morbus Chron, annat		
10. Diabetes		
11. SLE /inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar		
12. Epilepsi		
13. Led eller muskelsjukdom t.ex. MS, reumatism, ryggbesvär, annat		
14. Huvudvärk, migrän		
15. Allergi? Om ja mot vad?		
16. Har du besökt en sjukvårdsinrättning utomlands de senaste sex månaderna?		
17. MRSA (stafylokockinfektion)		
18. Har du någon annan sjukdom? Om ja, vilken?		
19. Har du blivit opererad någon gång? Om ja, för vad?		
20. Har Du haft kontakt med kurator eller socialsekreterare de senaste åren?		
21. Har du upplevt våld i nära relation?		
22. Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning. Tex blödningsdefekt, högt blodtryck, missbildningar, diabetes, tvillingar, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom.		



Aleris Ultragyn Mödrahälsovård

Biobank

De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i s.k. biobanker.

Läs mer om biobanken <http://www.biobanksverige.se/getDocument.aspx?id=28>

Jag accepterar att mina prover sparas ja nej

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 <http://www.nwe.siemens.com/sweden/internet/se/healthcare/it-losningar/obstetrix/pages/obstetrix.aspx>

Jag accepterar att hela vårdkedjan får ta del av min journal ja nej

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 ja nej

Datum: _____ Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____