

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