



ÄIDIN TIEDOT	Sukunimi (myös entiset)									
	Etunimet					Henkilötunnus				
	Osoite									
	Puhelin (työ ,koti, gsm)			S-posti			Äidinkieli			
	Perhesuhde (avio-, avoliitto, muu)			Ammatti			Työnantaja			
	Syntymäkunta			Asuinkunta			Seurakunta/siviilirekisteri			
PUOLISON / LAPSEN ISÄN TIEDOT	Nimi					Syntymäaika				
	Puolison puhelin- ja osoitetiedot <input type="checkbox"/> Osoite sama kuin asiakkaalla					Ammatti				
ESITIEDOT	Onko tämä ensimmäinen raskautenne? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Ikä			Kuukautiset <input type="checkbox"/> säännölliset <input type="checkbox"/> epäsäännölliset				
	Viimeiset kuukautiset, pvm		Kuukautiskierto, vrk			Viimeinen PAPA, pvm				
	Pituus (cm) ja paino (kg) ennen raskautta cm kg		Edeltänyt ehkäisy, mikä Lopetettu, pvm							
	Edeltänyt lapsettomuushoito <input type="checkbox"/> Keinoalkuinen hoito, mikä <input type="checkbox"/> Muu, mikä									
AIKAISEMMAT RASKAUDET JA SYNNYTYKSET	Vuosi (viimeisestä synnytyksestä myös pvm)	Keskeytynyt raskaus (viikko)	Sukupuoli	Elää (e) Kuoll.synt. (ks) Kuoll. (k)	Syntymäpaino (g)	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuotteen kulku	Raskauden kesto (vk)	Synnytyksen kesto (tunti)	Imetyksen kesto (kk)	Missä synnytys hoidettu
TERVEYSTOTUMUKSET	Ennen raskautta			Raskauden aikana			Liikuntaharrasteet			
	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö/kokeilu	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö/kokeilu				
	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Määrä kpl/vrk	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Täytä loma-ke liite 1	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Määrä kpl /vrk	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Kts. liite 1	Ä / I <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä			



RAVITSEMUS, RUOKAVALIO	<input type="checkbox"/> Normaalii <input type="checkbox"/> Erityisruokavalio, mikä			
VANHEMPIEN SAIRAUDET Ä= äiti I = isä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kohonnut veren- paine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Munuaistauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sydänsairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maksasairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keuhkosairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muuta, mitä ? _____	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psykkiset sairaudet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synnynnäiset epä- muodostumat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vammaisuus/ aistivika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes genitális <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatiitti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV	Ä <input type="checkbox"/> Virtsatietulehdus <input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Leikkaukset <input type="checkbox"/> Vesirokko <input type="checkbox"/> Vihurirokko <input type="checkbox"/> Verensiirto	Ä (synnytyselinten sairaudet) <input type="checkbox"/> Leikkaukset <input type="checkbox"/> Kasvaimet <input type="checkbox"/> Hormonihoidot <input type="checkbox"/> Sukupuoliteitse tarttuv taudit <input type="checkbox"/> Muuta, mitä?
Äidin sairauksista ja hoitopaikoista lisätietoja				
Lääkitys				
Lähisuvussa esiintyvät merkittävät sairaudet				
Haluaako puoliso olla mukana neuvolakäynneillä, perhevalmennuksessa, synnytyksessä?				
Mitä odotatte neuvolakäynneiltä ?				
Minkälaisia tunteita raskaus teissä tällä hetkellä herättää?				
Haluaatteko keskustella jonkun seuraavan yhteistyökumppanin kanssa? <input type="checkbox"/> Lääkäri <input type="checkbox"/> Psykologi <input type="checkbox"/> Hammaslääkäri <input type="checkbox"/> Fysioterapeutti <input type="checkbox"/> Sosiaalityöntekijä <input type="checkbox"/> Kodinhoitaja <input type="checkbox"/> Päivähoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä				
Annan luvan tietojeni siirtoon synnytysosastolle			<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
Päiväys			Allekirjoitus	