



<b>UPPGIFTER OM MODERN</b>	Släktnamn (även tidigare)									
	Förnamn					Personbeteckning				
	Adress									
	Telefon (arbete,,hem, gsm)				E-post			Modersmål		
	Familjeförhållande (äktenskap, samboende, annat)				Yrke			Arbetsgivare		
	Födelseort				Hemkommun			Församling/befolkningsregister		
<b>UPPGIFTER OM MAKEN / BARNETS FAR</b>	Namn					Födelseid				
	Telefon och adress <input type="checkbox"/> Adressen samma som klientens					Yrke				
<b>FÖRHANDSUPPGIFTER</b>	Är detta Er första graviditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			Ålder			Menstruation <input type="checkbox"/> regelbunden <input type="checkbox"/> oregelbunden			
	Senaste menstruation, datum			Menstruationcykel, dygn			Senaste PAPA, datum			
	Längd (cm) och vikt (kg) före graviditeten cm kg			Tidigare preventivmetod, vilken Avslutad, datum						
	Vård för barnlöshet före graviditeten <input type="checkbox"/> Konstgjord befruktning, hur <input type="checkbox"/> Annan, vad									
<b>TIDIGARE GRAVIDITETER OCH FÖDSLAR</b>	År (sedan senaste förlossning även datum)	Avbruten graviditet (vecka)	Kön	Lever (l) Död född.(d.f.) Död (d)	Födelsevikt (g)	Hur graviditeten, förlossningen och barnsängstiden förlopt	Graviditetens längd (veckor)	Förlossningens längd (h)	Amnings-tid (mån.)	Var skedde förlossningen
<b>LEVNADSVANOR</b>  M= mor F= far	Före graviditeten			Under graviditeten			Motionsvanor			
	Rökning	Alkohol	Narkotika- bruk	Rökning	Alkohol	Narkotika- bruk				
	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja  Antal/ dygn,st	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja  Fyll i bilagan	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja  Se bilagan	M / F <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja			



<b>NÄRING, DIET</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> specialdiet, vilken			
<b>BETYDANDE SJUKDOMAR HOS FÖRÄLDRAR NA</b>  M= mor F= far	<b>M / F</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Förhöjdt blodtryck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annat, vad  _____	<b>M / F</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medfödd missbildning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Handikapp/ syn -o/el. hörselskada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes genitalis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV	<b>M</b> <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion <input type="checkbox"/> Sköldkörtelsjukdom <input type="checkbox"/> Reumatism <input type="checkbox"/> Operationer <input type="checkbox"/> Vattkoppor <input type="checkbox"/> Röda hund <input type="checkbox"/> Blodtransfusion	<b>M</b> (sjukdomar i förlossningsorganen) <input type="checkbox"/> Operationer <input type="checkbox"/> Tumörer <input type="checkbox"/> Hormonvård <input type="checkbox"/> Sexuellt överförda sjukdomar <input type="checkbox"/> Annat
Tilläggsuppgifter om moderns sjukdomar och vårdplatser				
Medicinering				
Betydande sjukdomar i släkten				
Önskar fadern/ partnern vara med vid besöken på rådgivningen, vid familjeträningen, förlossningen?				
Vad väntar Ni av besöken på mödrarådgivningen ?				
Hurudana känslor väcker graviditen hos Er just nu?				
Vill ni diskutera med någon nedannämnda samarbetspartner? <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Socialarbetare <input type="checkbox"/> _Hemvårdare <input type="checkbox"/> Dagvård <input type="checkbox"/> Någon annan, vem				
Jag lovar, att mina uppgifter kan utläsas till förlossningsavdelningen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Datum	Underskrift			