

Sjukdomar och läkemedelsbehandlingar

Har du eller barnets pappa tidigare haft någon av de följande sjukdomarna eller har ni någon av dem för närvarande (M=mamma, P=pappa)

Sjukdom	M	P	Sjukdom	M	P
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Någon annan neurologisk sjukdom/migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förändringar i den mentala hälsan eller en psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medfödd missbildning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes i underlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom/astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Någon annan sjukdom:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Har mamman haft följande sjukdomar:

Sjukdom	Nej	Ja	Sjukdom	Nej	Ja
Urinvägsinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du fått vård på sjukhus utomlands under de senaste sex månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En sköldkörtelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumörer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonbehandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vattkoppor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuellt överförbara sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femte sjukdomen (orsakad av parvovirus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gynekologiska operationer/inflammationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPR-vaccin x2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andra operationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodproppar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ett tidigare eget barn har fått ljusbehandling p.g.a. gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstaterad benägenhet att få blodproppar i ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidigare anti-D-skydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått blodtransfusioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergier mot läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilken/vilka läkemedel är du allergisk mot:	
Regelbunden läkemedelsbehandling:	
Mer information om sjukdomarna:	
Sjukdomar i den nära släkten:	

Hälsa- och levnadsvanor

Kost:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> specialkost, vad:
Hurudana motionshobbyer har du, inklusive vardagsmotion:		
Hur ofta konditionstränar du i medeltal minst 30 minuter åt gången, så att du blir andfådd eller svettas:		gånger per vecka
Den senaste kontrollen inom munhälsovården:		

Rusmedel

Rökning/användning av snus

Mamman:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja:	cigaretter/dos snus per dag
Hur många år har du rökt/ använt snus:			
Slutade under graviditetsvecka:			

Pappan:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja:	cigaretter/dos snus per dag
Hur många år har du rökt/ använt snus:			
Har slutat, när:			

Gör vid behov [nikotinberoendetestet](#) (länk till droglänken.fi)

Alkoholbruk

Alkoholbruk före graviditeten

Mamman:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Pappan:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja

Båda föräldrarna gör [Audit-testet](#) (länk till droglänken.fi)

Antalet poäng i Droglänkens Audit-test:	Mamman:	Pappan:
---	---------	---------

Droger

Användning av droger före graviditeten

Mamman:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Pappan:	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja

Gör vid behov [narkotikatestet](#) (länk till droglänken.fi)

Antalet poäng i narkotikatestet:	Mamman:	Pappan:
----------------------------------	---------	---------

Mer information om användningen av rusmedel:

Testerna är inte diagnostiseringsverktyg utan används för att kartlägga situationen och som stöd för diskussionen.