

Hälsodeklaration Min Barnmorska

Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande frågor och ta med dig detta formulär:

Den gravida:

Personnummer
Namn
Adress
Telefon
Längd
Vikt

Partner/närmast anhörig:

Relation
Namn
Adress
Telefon

Ange din utbildning:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Utbildning upp till grundskola | <input type="radio"/> Utbildning upp till gymnasium | <input type="radio"/> Universitet eller högskola |
| <input type="radio"/> Yrke | <input type="radio"/> Arbetar heltid | <input type="radio"/> Arbetar deltid |

I vilket land är du född?

När hade du din senaste mens? Ange första dagen för senaste menssen.	Hur många dagar brukar du blöda?
Hur många dagar brukar du ha mellan blödningarna?	När gjorde du ett graviditetstest?
Har du försökt bli gravid i mer än ett år?	När tog du ett cellprov senast?

Har du någon läkemedelsallergi?

Har du någon annan allergi?

Äter du några mediciner, vitaminer eller naturläkemedel?

Röker eller snusar du? Om ja, hur mycket?

Har du någon pågående läkarkontakt?

Hur uppfattade du ditt allmänna hälsotillstånd under de tre senaste månaderna innan du blev gravid?

- | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Mycket bra | <input type="radio"/> Bra | <input type="radio"/> Varken bra eller dåligt | <input type="radio"/> Dåligt | <input type="radio"/> Mycket dåligt | <input type="radio"/> Vet ej |
|----------------------------------|---------------------------|---|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|

Har du eller haft någon av följande sjukdomar:

JA NEJ

Hjärt/kärlsjukdom, koagulationsrubbnig t.ex. klaffel, kärlkramp, högt blodtryck, SLE		
Lungsjukdom t.ex. astma, bronkit, tuberkulos		
Leversjukdom t.ex. gulsot, gallbesvär		
Diabetes		
Urinvägsproblem t.ex. upprepade urinvägsinfektioner, njursjukdom, njurbäckeninflammation		
Gynekologisk sjukdom/ operation t.ex. herpes, cellförändringar, muskelknuta		
Led- eller muskelsjukdom t.ex. MS, reumatism, ryggbesvär		
Tarmsjukdom t.ex. Ulcerös colit, Morbus Chron		
Endokrinologisk sjukdom t.ex. struma, binjure- eller hypofyssidjukdom		
Epilepsi		
Migrän med aura		
Psykisk ohälsa t.ex. ångest, depression, ätstörning		
MRSA stafylokockinfektion		
Har du någon annan sjukdom? Om ja, vilken?		
Har du blivit opererad någon gång?		
Har dina föräldrar eller syskon någon ärftlig sjukdom? Om ja, vad? t.ex. högt blodtryck, blodpropp, blödarsjuka, struma, diabetes, missbildningar		
Har du haft kontakt med en kurator eller socialsekreterare de senaste åren?		
Har du sökt sjukvård eller tandvård utomlands de senaste sex månaderna?		
Har du någon gång blivit utsatt för våld i en nära relation?		

Tidigare graviditet och förlossningar:

Ammade du? Om ja, hur länge?

Kan du tänka dig att föda vaginalt?

Samtycket till informationsutbyte:

Biobank De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i biobanker. Jag accepterar att mina prover sparas <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Sammanhållen journalföring Mödrahälsovården och kvinnoklinikerna i Stockholm har sammanhållen journalföring i ett gemensamt journalsystem. Det innebär att de som deltar i din vård har möjlighet att läsa hela din journal. Jag accepterar att hela vårdkedjan får ta del av min journal <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Graviditetsregistret Mödrahälsovård, förlossningsvård och neonatalvård deltar i kvalitetsregister för att förbättra och utveckla vården. Uppgifter hämtas från journaler. Jag accepterar att information om mig finns i kvalitetsregister <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

