



Velkommen til fødeavdelingen!

Fire uker før termin skrives du inn på fødeavdelingen via dette skjemaet. Medisinsk fødselsregister (MFR) er et helseregister som inneholder opplysninger om alle fødsler i Norge. Registeret skal bidra til å avklare årsaker til og konsekvenser av helseproblem i svangerskap og fødsel. Alle fødeinstitusjoner melder fødsler inn til MFR. En ønsker også å registrere far sitt yrke og røykevaner samt mors sitt yrke og røyke- og alkoholvaner, disse opplysningene krever samtykke. Det samme gjelder om assistert befruktning. Alle opplysningene i registeret behandles strengt fortrolig. Navn og fødselsnummer lagres kryptert. Bare autorisert personell som trenger det i sitt arbeid med registeret, har tilgang til opplysningene. Alle som er registrert i Medisinsk fødselsregister har rett til informasjon om registeret og kan be om innsyn i opplysningene som er registrert om dem selv eller barnet. For å få innsyn må du rette en skriftlig henvendelse til Folkehelseinstituttet.

Vennligst fyll ut skjemaet så godt du kan og send inn til fødeavdelingen fire uker før termin.

PERSONALIA MOR

Etternavn:		Fornavn:		Mellomnavn:	
Adresse:			Postnr:	Poststed:	
Fødselsnummer:		Sivilstand:		Bosatt i Norge: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Telefonnr:	Mobilnr:	E-post:			
Statsborgerskap:		Medlem av den norske kirke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Ønskes tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Morsmål:	Annet trosamfunn:		
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Annet					
Yrke:		Arbeidsgiver:		<input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesopplysninger	
Arbeidsgivers adresse:			Arbeidsgivers tlf:		
Yrkesaktiv ved svangerskapets start: <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Sykemeldt <input type="checkbox"/> Permisjon <input type="checkbox"/> Student					
Handicap:					
Nærmeste pårørende og telefonnr:					
Mors fastlege:			Legekontor:		
Helsestasjon:			Jordmor:		

PERSONALIA PARTNER

Etternavn:		Fornavn:		Mellomnavn:	
Adresse:			Postnr:	Poststed:	
Mor og far i slekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Fødselsnummer:		Sivilstand:	
Telefonnr:	Mobilnr:	Bosatt i Norge: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Statsborgerskap:		Medlem av den norske kirke? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Annet					
Yrke:		Arbeidsgiver:		<input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesopplysninger	
Arbeidsgivers adresse:			Arbeidsgivers tlf:		



TIDLIGERE SVANGERSKAP

Spontanaborter før uke 12:

Provoserte aborter:

Spontanaborter og/eller dødfødsler mellom uke 12 og 22:

Svangerskap utenfor livmoren:

Har du tidligere fått barn med misdannelser? Ja Nei

Avsluttet svangerskap på grunn av misdannelser?

Har du vært ufrivillig barnløs? Ja Nei

Antall år ufrivillig barnløs:

TIDLIGERE FØDSLER

År	Uke	Ant. Barn	Fødested	Igangsatt?	Forløsning	Komplikasjoner?

TIDLIGERE SYKEHISTORIE

Hjertesykdom:

Ja Nei

Reumatoid artritt:

Ja Nei

Kronisk hypertensjon:

Ja Nei

Diabetes:

Ja Nei

Type:

Insulinbehandlet: Ja

Kronisk nyresykdom:

Ja Nei

SLE:

Ja Nei

Gjentatte urinveisinfeksjoner:

Ja Nei

Tarmsykdom:

Ja Nei

Astma:

Ja Nei

Annen medisinske sykdom:

Ja Nei

Epilepsi:

Ja Nei

Psykisk sykdom:

Ja Nei

Gynekologisk operasjon:

Ja Nei

Arvelige sykdommer:

Ja Nei

Allergier:

Blodpropp:

Ja Nei

Medisiner du ikke tåler? Beskriv gjerne reaksjonen på medisinen:

Har du brukt medisiner før og/eller under svangerskapet?

Navn på medisin	i svangerskapet	Dose	Antall ganger i døgnet
Navn på medisin	i svangerskapet	Dose	Antall ganger i døgnet
Navn på medisin	i svangerskapet	Dose	Antall ganger i døgnet

AKTUELT SVANGERSKAP

Dato for siste mens:

Ukjent dato

Regelmessig menstruasjon?

Ja Nei

Sikker dato for siste mens? Ja Nei

Mens termin (Naegele):



Høyde: _____ Vekt: _____	Blodtrykk første svangerskapskontroll: _____
Har du brukt P-Piller <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Termin Ultralyd (TUL): _____
de siste 6 måneder før svangerskapet?	Egg innsatt i livmoren (IVF), dato: _____
P-pille stopp dato: _____	Egguthentingsdato: _____
Har du spiral i livmoren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er du omskåret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Tatt ut dato? _____	Hvis ja, hvilken type? : _____ Har det blitt korrigert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Blodtype og infeksjonsstatus

Din blodtype: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Hepatitt A: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
Rhesus: <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ	Hepatitt B: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
Rhesus antisooffer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hepatitt C: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
HIV: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ	Herpes genitalis: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
Clamydia: <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ	Lues (Syfilis): <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
Rubella (røde hunder): <input type="checkbox"/> Antistoff påvist <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Gråsoner	

LEVEVANER

Samtykker ikke til at opplysninger om røyking blir gitt til Medisinsk Fødselsregister: <input type="checkbox"/>	
Røyking før svangerskapet <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag: _____
Røyking i svangerskapsuke 1-12 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag: _____
Røyking i svangerskapsuke 28-40 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag: _____
Alkohol før svangerskapet <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Alkohol i svangerskapsuke 1-12 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Alkohol i svangerskapsuke 28-40 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing før svangerskapet <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing i svangerskapsukene 1-12 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing i svangerskapsukene 28-40 <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Har du tatt Folsyre før svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har du tatt annet tilskudd før svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du tatt Folsyre i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har du tatt annet tilskudd i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du tatt multivitaminer før svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket tilskudd har du tatt: _____
Har du tatt multivitaminer i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Har du brukt rusmidler før eller under svangerskapet? : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvis ja, hvilke rusmidler har du brukt?: _____	



HELSE I DETTE SVANGERSKAPET

Har du vært frisk i dette svangerskapet? Ja Nei Annet:

Antall barn i magen:

Vaksinasjoner i svangerskapet: Ja Nei Av og til Spesifiser:

Røntgenundersøkelser i svangerskapet: Ja Nei Dato:

Blødninger i svangerskapet: Ja Nei Svangerskapsuke:

Sykemeldt i svangerskapet: Ja Nei Årsak:

Prenatal diagnostikk (fostervannsprøve/KUB): Ja Nei Dato:

Innlagt sykehus i svangerskapet: Ja Nei

Hyperemesis Ja Nei Eklampsi Ja Nei

Lav blodprosent < 9 Ja Nei Svangerskaps diabetes Ja Nei

Høy blodprosent > 13,5 etter sv.uke 20 Ja Nei HELLP syndrom Ja Nei

Protein i urin Ja Nei Trombosebehandling Ja Nei

Høyt blodtrykk (hypertensjon) Ja Nei Urinveisinfeksjon Ja Nei

Ødemer grad 3 Ja Nei Andre infeksjoner Ja Nei

Lett svangerskapsforgiftning Ja Nei

Alvorlig svangerskapsforgiftning Ja Nei

Svangerskapsforgiftning før uke 34 Ja Nei i urin Ja Nei

Er det andre spesielle forhold rundt din helse?: i vagina Ja Nei

tidligere GBS infeksjon Ja Nei

Har du/dere spesielle tanker og behov i forbindelse med fødsel og barseltid, er det fint om du/dere snakker med din jordmor eller fastlege om det. Viktig informasjon kan formidles til oss ved å skrive her: