



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:		Mor og far i slekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Telefonnr:	Mobilnr:	Bosatt i Norge: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Statsborgerskap:		Medlem av Den norske kirke: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja			
Ønskes tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Morsmål:	Annet trossamfunn:		
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående <input type="checkbox"/> Høyskole/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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Sykemeldt <input type="checkbox"/> Permisjon					

Nærmeste pårørende og telefonnr:

PERSONALIA PARTNER

Etternavn:		Fornavn:		Mellomnavn:	
Adresse:			Postnr:		Poststed:
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
Yrke:	Arbeidsgiver:
Arbeidsgivers adresse:	Arbeidsgivers tlf:

KONTAKT HELSEVESEN

Mors fastlege:

Legekantor:

Helsestasjon:

Jordmor:

TIDLIGERE SVANGERSKAP

Spontanaborter før uke 12:

Provoserte aborter:

Spontanaborter og/eller dødfødsler mellom uke 12 og 23:

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 SYKEHISTORIE

Hjertesykdom:

Ja Nei

Reumatoid artritt:

Ja Nei

Kronisk hypertensjon:

Ja Nei

Diabetes 1:

Ja Nei

Insulinbehandlet: Ja

Kronisk nyresykdom:

Ja Nei

Diabetes 2:

Ja Nei

Insulinbehandlet: Ja

Gjentatte urinveisinfeksjoner:

Ja Nei

Tarmsykdom:

Ja Nei

Astma:

Ja Nei

Blodpropp:

Ja Nei

Epilepsi:

Ja Nei

Gynekologisk operasjon:

Ja Nei

Andre sykdommer:

Ja

Arvelige sykdommer:

Medfødt hoftefeil Ja Nei

Psykisk sykdom:

Ja Nei

Allergier:

Medisiner du ikke tåler? Beskriv gjerne reaksjonen på medisinen:



AKTUELT SVANGERSKAP

Dato for siste mens: <input type="checkbox"/> Ukjent dato	Regelmessig menstruasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Sikker dato for siste mens? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Mens termin (Naegele):
Har du brukt P-Piller <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Termin Ultralyd (TUL):
de siste 6 måneder? Evt. Sluttdato:	Egg innsatt i livmoren (IVF), dato:
Har du spiral i livmoren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Evt spiral tatt ut dato:

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 antistoffer: <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	Lues (Syfilis): <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
	Rubella (røde hunder): <input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Antistoff påvist <input type="checkbox"/> Gråsome

AMMING

Tidligere erfaringer:

Hvor lenge ammet du hvert barn?

TIDLIGERE FØDSLER

År	Uke	Vekt	Sted	Forløsningsmetode	Kommentar



LEVEVANER

Samtykker **ikke** til at opplysninger om røyking blir gitt til Medisinsk Fødselsregister:

Røyking før svangerskapet Av og til Daglig Nei

Røyking i svangerskapsuke 1-12 Av og til Daglig Nei

Røyking i svangerskapsuke 28-40 Av og til Daglig Nei

Antall sigaretter per dag:

Antall sigaretter per dag:

Antall sigaretter per dag:

Alkohol før svangerskapet Av og til Daglig Nei

Alkohol i svangerskapsuke 1-12 Av og til Daglig Nei

Alkohol i svangerskapsuke 28-40 Av og til Daglig Nei

Snusing før svangerskapet Av og til Daglig Nei

Snusing i svangerskapsukene 1-12 Av og til Daglig Nei

Snusing i svangerskapsukene 28-40 Av og til Daglig Nei

Har du tatt Folsyre før svangerskapet? Ja Nei

Har du tatt annet tilskudd før svangerskapet? Ja Nei

Har du tatt Folsyre i svangerskapet? Ja Nei

Har du tatt annet tilskudd i svangerskapet? Ja Nei

Har du tatt multivitaminer før svangerskapet?

Hvilket tilskudd har du tatt: _____

Ja Nei

Har du tatt multivitaminer i svangerskapet?

Ja Nei

Har du brukt rusmidler før eller under svangerskapet? : Ja Nei

HELSE I DETTE SVANGERSKAPET

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

Antall barn i magen:

Medisiner i svangerskapet: Ja Nei Av og til Spesifiser: _____

Vaksinasjoner i svangerskapet: Ja Nei 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



HELSE I DETTE SVANGERSKAPET videre

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

Virusinfeksjoner Ja Nei

Alvorlig svangerskapsforgiftning Ja Nei

Svangerskapsforgiftning før uke 34 Ja Nei

Spesielle forhold rundt din helse: Ja Nei

Journalnotat fra jordmor eller lege:

Dersom du har spesielle ønsker/behov i forbindelse med fødsel og barseltid, kan du skrive det her. Snakk gjerne med din jordmor/fastlege om dine ønsker/behov.