



### 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?

Ja  Nei

Har du vært ufrivillig barnløs?

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

Antall sigaretter per dag:

Røyking i svangerskapsuke 1-12  Av og til  Daglig  Nei

Antall sigaretter per dag:

Røyking i svangerskapsuke 28-40  Av og til  Daglig  Nei

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.