



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"/> 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"/> Vidergående <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Annet				
Yrke:	Arbeidsgiver:		<input type="checkbox"/> Samtykker 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				
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		
Ønskes tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Morsmål:	Annet trosamfunn:	
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Vidergående <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet <input type="checkbox"/> Annet				
Yrke:	Arbeidsgiver:		<input type="checkbox"/> Samtykker for yrkesopplysninger	
Arbeidsgivers adresse:			Arbeidsgivers tlf:	

KONTAKT HELSEVESEN

Mors fastlege:	Legekontor:
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Avsluttet svangerskap på grunn av misdannelser? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vært ufrivillig barnløs? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Antall år ufrivillig barnløs:



TIDLIGERE SYKEHISTORIE

Hjertesykdom:	<input type="checkbox"/> Ja	Reumatoid artritt:	<input type="checkbox"/> Ja		
Kronisk hypertensjon:	<input type="checkbox"/> Ja	Diabetes 1:	<input type="checkbox"/> Ja	Insulinbehandlet:	<input type="checkbox"/> Ja
Kronisk nyresykdom:	<input type="checkbox"/> Ja	Diabetes 2:	<input type="checkbox"/> Ja	Insulinbehandlet:	<input type="checkbox"/> Ja
Gjentatte urinveisinfeksjoner:	<input type="checkbox"/> Ja	Tarmsykdom:	<input type="checkbox"/> Ja		
Astma:	<input type="checkbox"/> Ja	Blodpropp:	<input type="checkbox"/> Ja		
Epilepsi:	<input type="checkbox"/> Ja	Gynekologisk operasjon:	<input type="checkbox"/> Ja		
Andre sykdommer:	<input type="checkbox"/> Ja				
Psykisk sykdom:	<input type="checkbox"/> Ja				

Allergier:

Medisiner du ikke tåler? Beskriv gjerne reaksjonen på medisinen:

Arvelige sykdommer: Medfødt hoftefeil Ja Nei

Blodtype og infeksjonsstatus

Din blodtype:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	Rhesus antisoffer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Rhesus:	<input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ	Hepatitt B:	<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	Hepatitt C:	<input type="checkbox"/> Testet <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ
Hepatitt A:	<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"/> Gråsone

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 de siste 6 måneder?	<input type="checkbox"/> Ja	Termin Ultralyd (TUL):	
Assistert befruktning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Egg innsatt i livmoren (IVF), dato:	

AMMING

Tidligere erfaringer:

Hvor lenge ammet du hvert barn?



TIDLIGERE FØDSLER

År	Uke	Vekt	Sted	Forløsningsmetode	Kommentar

LEVEVANER

Samtykker du til at opplysninger om røyking blir gitt til Medisinsk Fødselsregister? Ja Nei

Har du fått skriftlig informasjon om opplysninger blir gitt til Medisinsk Fødselsregister? Ja Nei

Røyking før svangerskapet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag:
Røyking i svangerskapsuke 1-12	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag:
Røyking i svangerskapsuke 28-40	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	Antall sigaretter per dag:
Alkohol før svangerskapet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Alkohol i svangerskapsuke 1-12	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Alkohol i svangerskapsuke 28-40	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing før svangerskapet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing i svangerskapsukene 1-12	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Nei	
Snusing i svangerskapsukene 28-40	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Av og ti <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	
Har du tatt multivitaminer i svangerskapet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Har du brukt rusmidler før eller under svangerskapet? :

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: Ja Nei Årsak: _____

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 svangerskapforgiftning Ja Nei

Svangerskapsforgiftning før uke 34 Ja Nei

Spesielle forhold rundt din helse: Ja Nei

Journalnotat fra jordmor eller lege:

Spesielle ønsker i forbindelse med fødselen og/eller barseltiden: