

Välkommen till inskrivningssamtal vid barnmorskemottagning

Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande formulär och ta med dig detta tillsammans med giltig legitimation till besöket.

Ditt namn _____ **Personnr** _____

Adress _____ Tel Hem _____

_____ Mobil _____

Yrke/arbetsplats _____ Tel Arb _____

Nationalitet / födelseland _____

Språk _____ Tolkbehov _____

Din partner / Närmast anhörig

Namn _____ Tel Hem _____

Adress _____ Tel Arb _____

(Om ej samma) Mobil _____

IVF Ja Nej

Datum

Sista menstruationens (första dag) _____ Positivt graviditetstest _____

Slutade med preventivmedel (ex p-piller, spiral, p-stavar)

Tidigare graviditeter och förlossningar

Födelseår & månad	Förlossning	Abort	Missfall	Extrauterin graviditet	Kön P/F	Födelsevikt	Graviditets vecka	Sjukhus

Hälsoproblem Har du eller har du haft någon av följande hälsoproblem?

Autoimmun sjukdom Ja Nej Kronisk njursjukdom Ja Nej

Led- eller muskelsjukdom

SLE, Sjögrens syndrom

Reumatisk sjukdom

Leversjukdom, tex hepatit Ja Nej

Lungsjukdom Ja Nej

Blodsmitta Ja Nej

Astma

TBC

Diabetes mellitus Ja Nej

Tarmsjukdom Ja Nej

Epilepsi Ja Nej

IBS

Morbus Crohn

Ulcerös Colit

Celiaki

Gallbesvär Ja Nej

Graviditetsdiabetes Ja Nej

Trombos Ja Nej

Gynekologisk sjukdom Ja Nej

Psykisk vård Ja Nej

Hjärt-kärlsjukdom Ja Nej

Sköldkörtelsjukdom Ja Nej

Huvudvärk, migrän Ja Nej

Upprepade urinvägsinfektioner Ja Nej

Kronisk hypertoni Ja Nej

Övrigt _____



Egen upplevd hälsa Mycket bra Bra Varken bra /dålig Dålig Mycket dålig

Ärftlighet

Finns det några ärftligheter i din eller barnafaderns familj?

Sköldkörtelsjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Tvillingar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Missbildningar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Adopterad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Blodpropp/hjärtinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			

Tidigare sjukvård och genomgångna operationer

Har du besökt en sjukvårdsinrättning utomlands de senaste månaderna? Ja Nej

Har du genomgått bröstoperation? Ja Nej Om Ja, vilken typ? _____

Har du genomgått någon annan slags operation? Ja Nej Om Ja, för vad? _____

Vaccin och prover

Är du vaccinerad mot röda hund? Ja Nej

När tog du cellprov senast? _____

Läkemedel

Äter du **mediciner** Ja Nej **kosttillskott** Ja Nej **vitaminer** Ja Nej

Om Ja, vilka?

Namn _____	Styrka _____	Dos _____
Namn _____	Styrka _____	Dos _____
Namn _____	Styrka _____	Dos _____
Namn _____	Styrka _____	Dos _____
Namn _____	Styrka _____	Dos _____

Allergi

Är du överkänslig eller allergisk mot något? Ja Nej

Om Ja, mot vad? _____

Övrigt

Har du något du känner att du vill informera din barnmorska om?
