



Hälsovårdare: \_\_\_\_\_

<b>Den gravidas uppgifter</b>	Förnamn		Efternamn (också tidigare)			Personbeteckning					
	Adress										
	Telefonnummer			E-post adress			Modersmål				
	Familjeförhållande (gift, sambo, annat)			Yrke			Arbetsgivare				
	Födelsekommun			Bostadskommun			Församling/befolkningsregister				
<b>Makens/ barnets fars uppgifter</b>	Namn		Personbeteckning			Yrke/arbetsgivare					
	Faderns telefonnr och adress: Adressen samma som ovan <input type="checkbox"/>										
<b>Tidigare graviditeter och förlossningar</b>	År	Avbruten graviditetsvecka	Kön	Levande (L) Dött (D)	Födelsevikt, g	Hur graviditeten, förlossningen och barnsängstiden förlöpt	Graviditetens längd i veckor	Förlossningens längd, h	Amningens längd, mån.	Förlossnings-sjukhus	
<b>Föräldrarnas sjukdomar</b>	M=mor F= Far <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blodtryckssjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> njursjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hjärtsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> leversjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lungsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsi			M=mor F= Far <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurologisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medfödda defekter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> handikapp, syn/hörsel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> herpes genitalis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> annat			Mor <input type="checkbox"/> urinvägsinfektion <input type="checkbox"/> sköldkörtelsjukdom <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> operationer <input type="checkbox"/> vattkoppor <input type="checkbox"/> röda hund <input type="checkbox"/> blodtransfusioner <input type="checkbox"/> tumörer <input type="checkbox"/> infertilitet <input type="checkbox"/> hormonbehandling <input type="checkbox"/> könssjukdomar <input type="checkbox"/> annat				
	<b>Moderns uppgifter</b>		Längd och vikt före graviditeten: cm: _____ kg: _____		Senaste menstruation, datum: _____ Menstruationscykel: Regelbunden <input type="checkbox"/> Oregelbunden <input type="checkbox"/>			Preventivmetod före graviditeten? Avslutad år/mån : _____ Senaste PAPA-prov : _____			



Hälsovanor M=mor F= Far	Före graviditeten			Under graviditeten		
	Rökning	Alkohol	Narkotikabruk	Rökning	Alkohol	Narkotikabruk
	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej	M/F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nej
	Ytterligare uppgifter om moderns sjukdomar och vårdplatser					
	Medicinering					
	Allvarligare sjukdomar som förekommer hos den närmaste släkten					
Önskar fadern / partnern vara med vid besöken på rådgivningen, vid familjeträningen, förlossningen?						
Vad förväntar ni er av besöken på mödrarrådgivningen?						
Hurudana känslor väcker graviditeten hos er just nu?						
<b>UNDERSKRIFT</b>						
Datum		Underskrift				

Av datasekretesskäl tar vi inte emot blanketter per e-post. Ta med den ifyllda blanketten med förhandsuppgifter vid ert första besök på mödrarrådgivningen.