



| FÖRHANDSINFORMATION till mödrarådgivningen | | | |
|---|--|-------------------------|---------------------------------|
| UPPGIFTER OM DEN BLIVANDE MAMMAN | Släktnamn (också tidigare) | Samtliga förnamn | |
| | Adress | Postnummer och -anstalt | Personbeteckning |
| | Telefon hem/mobil | Telefon arbete | Modersmål |
| | Familjeförhållanden (äktenskap, samboförhållande, annat) | Yrke | Arbetsgivare |
| | Födelseland | Bostadskommun | Religionstillhörighet |
| UPPGIFTER OM DEN BLIVANDE PAPPAN/ PARTNERN | Släktnamn (också tidigare) | Samtliga förnamn | |
| | Adress o samma som blivande mamma | Postnummer och -anstalt | Personbeteckning |
| | Telefon hem/mobil | Telefon arbete | Modersmål |
| | Yrke | Arbetsgivare | Födelseland |
| | | | Religionstillhörighet |
| BARN I FAMILJEN (namn/ födelseår) | Gemensamma barn | | Barn från tidigare förhållanden |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| FÖRHANDS-UPPGIFTER OM DEN BLIVANDE MAMMAN | Senaste menstruationen, datum _____ Graviditetstest positivt, datum _____ | | |
| | Menstruationscykelns längd _____ dagar o regelbunden o oregelbunden | | |
| PREVENTIV-MEDEL | Vilka preventivmedel har du använt före graviditeten? När slutade du använda preventivmedel, datum? | | |
| PAPAPROV | Senaste papaprov, datum _____ | | |
| LÄNGD OCH VIKT | Längd _____ cm och vikt _____ kg före graviditeten | | |
| FERTILITETS-BEHANDLING | Fertilitetsbehandling som föregick graviditeten, vilken? Datum för befruktning/embryotransfer _____ | | |
| MEDICINERING | Använder du någon medicin regelbundet? Vilken/vilka/dos? | | |

| TIDIGARE GRAVIDITETER OCH FÖRLOSSNINGAR | Datum och år för den senaste förloss- | Avbruten graviditet, vecka | Kön | Lever (L) Dödfödd (DF) Död (D) | Födelsevikt (g) | Graviditetens, förlossningens och barnsängstidens förlopp | Graviditetens längd, veckor | Förlossningens längd, h | Amnings-tid, månader | Var skedde förlossningen? |
|--|--|----------------------------|-----|--|-----------------|---|-----------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| BETYDANDE SJUKDOMAR HOS DE BLIVANDE FÖRÄLD-RARNÄ | M P | | | M P | | M | | | Sjukdomar i förlossningsorganen | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lungsjukdom | | <input type="checkbox"/> urinvägsinfektion | | | M | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blodtryckssjukdom | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsi | | <input type="checkbox"/> sköldkörtelsjukdom | | <input type="checkbox"/> operationer | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allergi | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurologisk sjukdom | | <input type="checkbox"/> reuma | | <input type="checkbox"/> tumörer | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> njursjukdom | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psykiska sjukdomar | | <input type="checkbox"/> operationer | | <input type="checkbox"/> infertilitet | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hjärtsjukdom | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nedstämdhet, depression | | <input type="checkbox"/> vattkoppor | | <input type="checkbox"/> hormonbehandling | | |
| M = MAMMA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> leversjukdom | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> utbrändhet | | <input type="checkbox"/> röda hund | | <input type="checkbox"/> sexuellt överförbara sjukdomar | | |
| P = PAPPA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blödarsjuka | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medfödda missbildningar | | <input type="checkbox"/> blodtransfusion | | <input type="checkbox"/> PCO | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> handikapp/syn- eller hörselskada | | <input type="checkbox"/> ätstörningar | | <input type="checkbox"/> sjukhusvård utanför Åland | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genital herpes | | <input type="checkbox"/> migrän | | <input type="checkbox"/> annat | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> annat | | <input type="checkbox"/> åderbräck | | | | |
| | Ytterligare information om mammans sjukdomar och vårdplatser | | | | | | | | | |
| SJUKDOMAR I SLÄKTERNA | Betydande sjukdomar i släkterna (missbildningar, ärftliga sjukdomar hos barn, föräldrar, syskon , mor-/farföräldrar) | | | | | | | | | |
| VACCIN MOT TUBERKULOS | För eventuell vaccinering mot tuberkulos av den nyfödda, behöver vi veta om någon i familjen är född utomlands? | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket land? _____ | | | | | | | | | |
| | Planerar ni att bosätta er utomlands under barnets första levnadsår? | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket land? _____ | | | | | | | | | |
| | Har eller har någon haft tuberkulos i er familj? | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vem? _____ | | | | | | | | | |
| | Jag/vi ger min/vår tillåtelse till att dessa uppgifter förs över till barnets journal. | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Mammans underskrift _____ | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Pappans/partners underskrift _____ | | | | | | | | | |
| | Datum _____ | | | | | | | | | |