

**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/<br>PARTNERN | Släktnamn (också tidigare)                                | Samtliga förnamn        |  |
|   | Adress <input type="checkbox"/> samma som blivande mamman | 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                    |                         | <input type="checkbox"/> regelbunden <input type="checkbox"/> 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 förlossningen  | 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-RARNA<br><br>M = MAMMA<br>P = PAPPA | M P   |   | M P   |   | M  |  | Sjukdomar i förlossningsorganen                               |   |  |  |  |   |   |  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |  |   |   |   |  |  |  |   |   |
|  | <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"/> blödarsjuka | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lungsjukdom | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurlogisk sjukdom | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psykiska sjukdomar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nedstämdhet, depression | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medfödda missbildningar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> handikapp/syn- eller hörselskada | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genital herpes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> annat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> urinvägsinfektion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sköldkörtelsjukdom | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> reuma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> operationer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vattkoppor | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> röda hund | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blodtransfusion | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ätstörningar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> migrän | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> åderbräck | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> operationer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tumörer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infertilitet | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hormonbehandling | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sexuellt överförbara sjukdomar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PCO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sjukhusvård utanför Åland |
|  | 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/partnerns underskrift _____                        |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |  |   |   |   |  |  |  |   |   |
|  | Datum _____   |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |  |  |   |   |   |  |  |  |   |   |