



Hälsodeklaration

Datum: _____

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Födelseland: _____

Antal år i Sverige: _____

Partner/närmast anhörig: _____

Telefonnummer: _____

Sammanboende med partner: Ja Nej

Gift: Ja Nej

Ensamstående: Ja Nej

Annan situation: _____

Utbildning: Grundskola Gymnasium Högskola/universitet

Förvärvsarbete: Heltid Deltid Arbetslös Studerar Föräldraledig Annat

Arbetsplats: _____

Yrke: _____

Allmänt:

Dagens vikt: _____

Längd: _____

Senaste mens första dag: _____

Försökt bli gravid i antal år: _____

Fått hjälp med att bli gravid (metod): _____

Vid IVF eller ICSI ange ET datum: _____

Sjukdomstillstånd/historik hos dig

Har **du** eller har **du** haft någon av sjukdomarna nedan?

Allergi/överkänslighet Ja Nej

Blodpropp Ja Nej

Diabetes ja Nej

Endokrin sjukdom, tex struma eller annan sköldkörtel rubbning Ja Nej

Epilepsi Ja Nej

Gynekologisk sjukdom/operation Ja Nej

Hjärt/kärl sjukdomar Ja Nej
 Huvudvärk/migrän Ja Nej
 Högt blodtryck Ja Nej
 Könssjukdomar: Ja Nej
 Led eller muskel sjukdomar Ja Nej
 Leversjukdom, tex gulsot eller gall-problematik Ja Nej
 Lungsjukdom, tex astma Ja Nej
 Psykiska besvär; ångest/depression/ADHD/bipolär/ätstörning Ja Nej
 Tarmsjukdom/operation Ja Nej
 Tuberkulos Ja Nej
 Urinvägsinfektion Ja Nej

Ärftlighet/Sjukdomar hos närmaste familj

Har din mor, far eller syskon haft någon av följande åkommor;

Blodpropp: Ja Nej Vem _____
 Blödarsjuka: Ja Nej Vem _____
 Diabetes: Ja Nej Vem _____
 Högt blodtryck: Ja Nej Vem _____
 Sköldkörtelrubbing: Ja Nej Vem _____
 Tuberkulos: Ja Nej Vem _____
 Finns det tvillingar eller missbildningar i närmaste släkt? Ja Nej Vem _____

Tidigare graviditeter och förlossningar;

Abort: _____ År/månad _____ Sjukhus: _____ Vilken vecka: _____
 Missfall: _____ År/månad: _____ Sjukhus: _____ Vilken vecka: _____
 Förlossningar: _____ År:/månad: _____ Sjukhus: _____ Vilken vecka: _____
 Förlossningar: _____ År:/månad: _____ Sjukhus: _____ Vilken vecka: _____
 Förlossningar: _____ År:/månad: _____ Sjukhus: _____ Vilken vecka: _____
 Amningserfarenhet: _____

Tar du några vitaminer/värktabletter eller medicin? _____

Röker du? Ja Nej

Snusar du? Ja Nej

Missbrukar du droger eller alkohol? Ja Nej

Har du upplevd våld; psykiskt eller fysiskt? Ja Nej

Har du blivit röntgad eller vaccinerad under denna graviditet? Ja Nej

När tog du cellprov senast? _____

Har du fått blodtransfusion någon gång? Ja Nej

Har du besökt en sjukvårdsinrättning utomlands senaste 6 månaderna? Ja Nej

Har du MRSA? Ja Nej

Har du besökt psykolog/kurator/socialsekreterare? Ja Nej

Hur uppfattade du ditt hälsotillstånd 3 månader innan graviditeten? _____

Önskar du tillägga något? _____

Nedan finns tre sidor som är bra för er som vårdtagare att läsa. Informera oss om ni EJ samtycker till någon av följande.

Biobank:

<http://www.biobanksverige.se>

Sammanhållen journalkedja:

<http://www.nwe.siemens.com/sweden/internet/se/healthcare/it-losningar/obstetrix/pages/obstetrix.aspx>

Graviditetsregister:

<http://www.graviditetsregistret.se>

Vi på Mammaproffsen önskar er välkomna!