

Välkommen till Din Barnmorska Nacka för inskrivningssamtal

Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande frågor och ta med dig detta formulär. Du skall också ta med dig en aktuell legitimation.

Vi avsätter ca 60 minuter för detta första inskrivningssamtal.

Det är viktigt att du känner till att mödravård är helt frivillig, det innebär att du själv väljer vilka prover och ultraljud du vill göra under din graviditet samt att frågorna vi ställer till dig besvaras frivilligt.

Ditt namn:

Personnummer:

Adress:

c/o:

Telefon hem:

Telefon mobil:

Telefon arbete:

Mail adress:

Din partners namn/närmast anhörig.

Namn:

Adress: (om ej samma):

Telefon hem:

Arbete:

Telefon mobil:

Hur lång är du: _____cm Vad väger du: _____kg

Utbildningsbakgrund:

Grundskola

Gymnasium

Högskola/Universitet

Vad arbetar du med? _____

I vilket land är du född? _____

Hur har du uppfattat din hälsa de tre senaste månaderna innan du blev gravid?

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Vet ej

När tog du cellprov senast? _____

När hade du din senaste menstruation? *Notera den första blödningsdagen i senaste menstruationen.*

	Ja	Nej
Har du gjort graviditetstest? <i>Om ja när?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du varit gravid tidigare? <i>Om ja när?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fött barn tidigare? <i>Om ja när?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du försökt att bli gravid i mer än ett år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått hjälp att bli gravid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röker/snuser du? <i>Om ja. Hur mycket per dag?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du använt några andra droger de senaste åren? <i>Om ja. Vilka?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blivit röntgad eller vaccinerad under graviditeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du fått blodtransfusion någon gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar:	Ja	Nej
Hjärt/kärlsjukdom, <i>t.ex. klafffel/kärlkramp/hjärtinfarkt/högt blodtryck/blodpropp/ blödningsbenägenhet/annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyksiska besvär <i>t.ex. ångest, depression, ätstörningar, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom <i>t.ex. gulsot, gallbesvär, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon sjukdom som smittar via blodet, <i>t.ex. hepatit, (gulsot), HIV, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts från föregående sida.....	Ja	Nej
Endokrinologisk sjukdom <i>t.ex. struma, binjure- hypofyssjukdom, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinvägsproblem <i>t.ex. urinvägsinfektion, njursjukdom, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom <i>t.ex. astma, bronkit, tbc, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarmsjukdom <i>t.ex. ulcerös colit, Morbus Chron, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SLE / <i>inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Led eller muskelsjukdom <i>t.ex MS, reumatism, ryggbesvär, annat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk, migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi? <i>Om ja mot vad?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon annan sjukdom? <i>Om ja, vilken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blivit opererad någon gång? <i>Om ja, för vad?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du en MRSA-infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sökt vård utomlands på hälso- eller sjukvårdsinrättning de senaste 6 månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning. <small>Tex.blödningsdefekt, högt blodtryck, blodpropp, missbildningar, diabetes, flerbörd, sköldkötelsjukdom, psykisk sjukdom.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övrigt	Ja	Nej
Har Du haft kontakt med kurator eller socialsekreterare de senaste åren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du upplevt våld i nära relation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter? <i>Om ja vilka?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Namn		
Styrka		
Dos		
.....		
.....		

Övrigt:

.....

.....

.....

Information om Biobank, Sammanhållen journalkedja och Graviditetsregistret Biobank

De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i så kallad biobank. Läs mer om biobanken <http://www.biobanksverige.se>

Sammanhållen journalkedja

Mödrahälsovården och kvinnoklinikerna i Stockholms län har sammanhållen journalföring i ett gemensamt

journalssystem, Obstetrix. Det innebär att de som deltar i din vård har möjlighet att läsa hela din journal gällande den här graviditeten. Läs mer om Obstetrix

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

Graviditetsregistret

Mödrahälsovård, fostermedicin, förlossningsvård och neonatalvård deltar alla i kvalitetsregister i syfte att förbättra och utveckla vården. Uppgifter hämtas från journalen. Läs mer om kvalitetsregistret <http://www.graviditetsregistret.se>

Informera din barnmorska om du inte samtycker till någon av ovanstående punkter.