

Välkommen till inskrivning vid barnmorskemottagningen

Inför inskrivningssamtalet ber vi dig fylla i följande formulär och ta med dig detta tillsammans med giltig legitimation till besöket.

Ditt namn _____

Nationalitet _____

Personnr _____

Språk _____

Telefon hem _____

Tolkbehov _____

Mobil _____

Telefon arbete _____

Din partner/närmast anhörig

Adress _____

Namn _____

Adress _____

Yrke/arbetsplats _____

Telefon _____

Datum

Sista menstruationens första dag _____

Positivt graviditetstest _____

Slutade med preventivmedel (ex p-piller, p-stav, spiral) _____

Hälsotillstånd

Har du eller har du haft någon av följande hälsoproblem?

Autoimmun sjukdom Ja Nej

Kronisk hypertoni Ja Nej

Led- eller muskelsjukdom

Kronisk njursjukdom Ja Nej

SLE Sjögrens syndrome

Leversjukdom Ja Nej

Reumatisk sjukdom

Lungsjukdom Ja Nej

Blodsmitta Ja Nej

Astma

Resistenta bakterier Ja Nej

TBC

Diabetes mellitus Ja Nej

Tarmsjukdom Ja Nej

Epilepsi Ja Nej

IBS

Gallbesvär Ja Nej

Morbus Crohn

Graviditetsdiabetes Ja Nej

Ulcerös Colit

Gynekologisk sjukdom Ja Nej

Celiakli

Hjärt-kärlsjukdom Ja Nej

Trombos Ja Nej

Huvudvärk, migrän Ja Nej

Psykisk ohälsa Ja Nej

- Depression
- Ångest
- Ätstörning
- Bipolär sjukdom
- Psykos

Neuropsykiatrisk diagnos

Sköldkörtelsjukdom Ja Nej

Upprepade

urinvägsinfektioner Ja Nej

Övrigt _____

Tidigare graviditeter och förlossningar

Födelseår & månad	Förlossning	Abort	Missfall	Extrauterin graviditet	Kön p/f	Födelsevikt	Graviditetsvecka	Sjukhus

IVF Ja Nej

Tidigare sjukvård och genomgångna operationer

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

Har du genomgått en bröstoperation? Ja Nej Om Ja, vilken typ? _____

Har du genomgått någon annan slags operation? Ja Nej Om Ja, för vad? _____

Vaccin och prover

Är du vaccinerad mot röda hund? Ja Nej

När tog du gynekologiskt cellprov senast? _____

Har du eller har du haft cellförändringar som behövt åtgärdas? Ja Nej

Egen upplevd hälsa

Mycket bra Bra Varken bra /dålig Dålig Mycket dålig

Våld

Har du upplevt fysiskt, psykisk eller sexuellt våld? Ja Nej

Har du eller har du haft kontakt med kurator, psykolog, socialsekreterare eller läkare?

Ja Nej

Vid pågående kontakt, uppge gärna kontaktuppgifter _____

Ärftlighet

Har någon av dina föräldrar eller syskon haft någon av följande sjukdomar?

Sköldkörtelsjukdom Ja Nej

Diabetes Ja Nej

Högt blodtryck Ja Nej

Blodpropp/hjärtinfarkt Ja Nej

Finns det någon ärftlighet i din familj?

Grav psykisk ohälsa? Ja Nej

Tvillingar Ja Nej

Missbildningar Ja Nej

Adopterad Ja Nej

Har din mor eller syster haft högt blodtryck eller havandskapförgiftning under sin graviditet?

Ja Nej

Läkemedel

Äter du mediciner? Ja Nej

Kosttillskott/vitaminer Ja Nej

Om Ja, vilka?

Namn _____ Styrka _____ Dos _____

Namn _____ Styrka _____ Dos _____

Namn _____ Styrka _____ Dos _____

Namn _____ Styrka _____ Dos _____

Allergi

Är du överkänslig eller allergisk mot något? Ja Nej

Om Ja, mot vad? _____

Övrigt

Är det något annat du känner att du vill informera din barnmorska om?
