



VÄLKOMMEN PÅ INSKRIVNINGSSAMTAL

Namn och personnummer _____

Mobilnummer _____

Anhörig – Namn och tele _____

Familjesituation (sambo, självstående, bonusbarn etc)

Sysselsättning: Heltidsarbete Deltidsarbete Studerande F-ledig Sjukskriven

Yrke/arbetsplats _____

Högst avslutade utbildning: Grundskola Gymnasium Högskola/Universitet

Födelseland: _____ Längd och vikt: _____

Eventuella allergier: _____

Datum för: Senaste mensens första dag: _____ Positivt gravtest: _____

Mens: Regelbunden Oregelbunden Antal blödningsdagar _____ Antal dagar/cykel _____

Ev ofrivillig barnlöshet? Hur många år? _____

Eventuella åtgärder för att bli gravid?

IVF Äggstimulering Insemination ICSI Äggdonation

Ange år/månad för ev tidigare förlossningar samt typ av födsel (vaginal/kejsarsnitt)

År/månad	Vaginal	Sectio	År/månad	Vaginal	Sectio

Ange år/månad för ev tidigare graviditeter som slutat med aborter/missfall samt i vilken gravidvecka

År/månad	Missfall	Abort	Gravidv	År/månad	Missfall	Abort	Gravidv

Amningserfarenhet? Beskriv gärna

Ärftliga sjukdomar hos föräldrar eller syskon? Havandeskapsförgiftning

Högt blodtryck Diabetes Ärftliga missbildningar Blodpropp

Har du upplevt våld i nära relation? Ja Nej

Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?	JA	NEJ
Hjärt/kärlsjukdom (t ex hjärtfel, infarkt, högt blodtryck, blodpropp, preeklampsi)		
Leversjukdom (t ex gulsot, gallbesvär)		
Blodsmitta (t ex hepatit, HIV)		
Gynekologisk sjukdom/operation (t ex omskuren/konisering/herpes/PCOS)		
Endokrinologisk sjukdom (t ex hypo/hypertyreos, binjure-hypofyssjukdom)		
Urinvägs/njursjukdom (t ex upprepade urinvägsinfektioner, inkontinens)		
Lungsjukdom (t ex astma, bronkit, TBC)		
Tarmsjukdom (t ex ulcerös kolit, Mb Crohn, IBS)		
Diabetes		
Reumatiska sjukdomar (t ex SLE, RA)		
Neurologiska sjukdomar (t ex epilepsi, MS, migrän)		
Psykisk ohälsa (t ex ångest, depression, ätstörning, bipolär sjukdom)		
TBC (har du testat dig för, eller varit i kontakt med någon som har?)		
Multiresistenta bakterier (t ex MRSA, ESBL, VRE)		
Har du blivit opererad någon gång?		
Har du fått blodtransfusion någon gång?		
Övriga sjukdomar?		
Har du någon aktuell kontakt med läkare/psykolog/kurator/socialtjänst?		

Använder du tobak? Cigaretter Snus Annat nikotinpreparat

Har slutat använda tobak/nikotin under de senaste tre månaderna? Ja Nej

Aktuella läkemedel/vitaminer

Namn	Styrka	Namn	Styrka	Namn	Styrka

När lämnade du cellprov senast? _____ Har du haft cellförändringar? När i så fall? _____

Hur skulle du beskriva ditt hälsotillstånd tre månader innan du blev gravid?

Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt Dåligt Mycket dåligt

Samtycker du till biobank, graviditetsregistret och sammanhållen journalkedja?

Biobank – De flesta prover som tas i Stockholms läns landsting sparas i så kallad biobank för forskning. Läs mer om biobanken på www.biobanksverige.se JA NEJ

Graviditetsregistret – Mödrahälsovård, Fostermedicin och Förlossning- och Neonatalvård deltar alla i kvalitetsregister i syfte att förbättra och utveckla vården. Uppgifter hämtas från journalen. Läs mer om kvalitetsregistret på www.graviditetsregistret.se JA NEJ

Sammanhållen journalkedja – Mödrahälsovården och Kvinnoklinikerna i Stockholms län har sammanhållen journalföring i ett gemensamt journalsystem. Det innebär att de som deltar i din vård har möjlighet att läsa hela din journal gällande den här graviditeten. JA NEJ

Något övrigt du vill förmedla?
