

## Hälsodeklaration graviditet

Fyll i följande frågor och ta med formuläret när du kommer på ditt besök. Tillsammans går vi igenom det du fyllt i och du kan även ta upp sådant som du vill tillägga. Ta med ID-handling.

### Personuppgifter

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel hem: \_\_\_\_\_ Tel arb: \_\_\_\_\_

Tel mobil: \_\_\_\_\_ Godkänner att mottagningen skickar SMS till

detta nummer vid av-/ombokning  Ja  Nej

Nuvarande sysselsättning och arbetsplats/skola: \_\_\_\_\_

Sysselsättningsgrad (%): \_\_\_\_\_

Födelseland: \_\_\_\_\_

Hemspråk: \_\_\_\_\_

Tolkbehov:  Ja  Nej

Partner/närmast anhörig: \_\_\_\_\_

Relation (gift, sambo, särbo, annan): \_\_\_\_\_

Partner, tel mobil: \_\_\_\_\_

Partners sysselsättning och arbetsplats/skola: \_\_\_\_\_

### Social situation

Sammanbor med barnets andra förälder: \_\_\_\_\_

Annan situation: \_\_\_\_\_

Problem med arbets- och/eller bostadsmiljö: \_\_\_\_\_

### Utbildning

Ingen eller skolgång kortare än 9 år  Grundskola eller motsvarande

Gymnasiet eller motsvarande  Universitet/högskola eller motsvarande

## Levnadsvanor

Är du fysiskt aktiv? \_\_\_\_\_ Om ja, på vilket sätt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Matvanor: äter du någon särskild typ av kost? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allmänt

Senaste menstruationens första dag: \_\_\_\_\_

Intervall mellan menstruationerna: \_\_\_\_\_

Graviditetstest positivt, datum: \_\_\_\_\_

Slutat med preventivmedel, datum: \_\_\_\_\_

Aktuell vikt: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_

## Tidigare graviditeter och förlossningar

Försökt bli gravid i antal år: \_\_\_\_\_

Fått behandling för att bli gravid, vilken? \_\_\_\_\_

## Missfall

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus/klinik:	Behandling, ev. komplikationer:

## Aborter

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus/klinik:	Behandling, ev. komplikationer

## Förlossningar

År och månad:	Graviditetsvecka:	Kön:	Vikt:	Sjukhus:	Vaginal förlossning, kejsarsnitt, sugklocka, ev. komplikationer	Barnet mår i dag:

## Din kroppsliga hälsa

Sätt kryss om du **har eller har haft**:

Autoimmun sjukdom (SLE, MS, celiaki, RA)	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>
Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>
Blodsjukdom t. ex thalassemi, sickle cell	<input type="checkbox"/>	Låg eller hög ämnesomsättning, t. ex struma, giftstruma, Graves sjukdom	<input type="checkbox"/>
Blodtransfusion	<input type="checkbox"/>	Medfödd missbildning eller ärftlig sjukdom	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	Njursjukdom	<input type="checkbox"/>
Crohns sjukdom eller ulcerös kolit	<input type="checkbox"/>	Syfilis	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Tuberkulos	<input type="checkbox"/>
Ehler-Danlos syndrom	<input type="checkbox"/>	Urinvägsinfektion/njurbäckeninflammation	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Ökad blödningsbenägenhet, t. ex blödarsjuka	<input type="checkbox"/>
Gulsot t. ex hepatit B eller hepatit C	<input type="checkbox"/>	Överviktskirurgi	<input type="checkbox"/>
Gynekologisk sjukdom t. ex cellförändringar, endometrios, genital herpes	<input type="checkbox"/>	Ökad benägenhet för blodpropp	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergi: \_\_\_\_\_

Senaste gynekologiska cellprovet: \_\_\_\_\_

Har du tagit mediciner, vitamintillskott eller hälsokostpreparat sedan du blev gravid? Om ja, ange vilka: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Använder du några mediciner nu? Om ja, ange preparat, styrka och dos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har du blivit röntgad eller vaccinerad sedan du blev gravid? När? \_\_\_\_\_

Anledning? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har du ingått i barnvaccinationsprogrammet i Sverige?  Ja  Nej

Har du blivit opererad eller vårdats på sjukhus någon gång? \_\_\_\_\_

Har du vårdats eller arbetat inom vård utomlands senaste året?  Ja  Nej

### Din psykiska hälsa

Sätt kryss vid de tillstånd du **har eller har haft**:

Allvarlig psykisk sjukdom (ex. psykos, bipolaritet, självmordsförsök)	<input type="checkbox"/>	Neuropsykiatrisk diagnos (ADHD, ADD, autismspektrum)	<input type="checkbox"/>
Allvarlig psykisk sjukdom i samband med tidigare graviditet/förlossning	<input type="checkbox"/>	Självskadebeteende	<input type="checkbox"/>
Behandlad inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård	<input type="checkbox"/>	Tvångssyndrom	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	Ångest/panik	<input type="checkbox"/>
Depression eller ångest i samband med tidigare graviditet/förlossning	<input type="checkbox"/>	Ätstörning	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: \_\_\_\_\_

### Familjehistoria

Är det någon förstegradssläkting (föräldrar, syskon, barn) som **har eller har haft** något av nedanstående?

Allvarligt psykisk ohälsa i samband med barnafödande	<input type="checkbox"/>	Diabetes typ 2	<input type="checkbox"/>
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	Missbildningar, ärftliga sjukdomar	<input type="checkbox"/>
Blödarsjuka	<input type="checkbox"/>	Preeklampsi/havandeskapsförgiftning	<input type="checkbox"/>

Har ditt väntade barns pappa/donator någon ärftlig sjukdom? Om ja, ange vilken:

\_\_\_\_\_

### Självs kattad hälsa

Hur uppfattar du din hälsa före graviditeten:

- Mycket bra  Bra  Varken bra eller dålig  
 Dåligt  Mycket dålig