

Frågeformulär för journalskrivning

Vi är tacksamma om du vill fylla i följande frågor och ta med formuläret när du kommer på nästa besök. Det underlättar journalskrivningen för oss. Vi kommer att gå igenom det du fyllt i tillsammans och då kan du även ta upp sådant som du vill tillägga. Ta med ID-handling.

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Tel hem: _____ Tel arb: _____

Tel mobil: _____ Godkänner du att mottagningen skickar SMS till

ovanstående nummer vid av-/ombokning Ja Nej

Nuvarande sysselsättning: _____

Sysselsättningsgrad: _____

Arbetsplats: _____

Partner/närmast anhörig: _____

Relationsstatus: _____

Tel arb: _____

Tel mobil: _____

Nuvarande sysselsättning: _____

Arbetsplats: _____

Utbildningsnivå:

Ingen eller skolgång kortare än 9 år Grundskola motsvarande

Upp till gymnasiet eller motsvarande Universitet/högskola eller motsvarande

Allmänt

Födelseland: _____

Hemspråk: _____

Senaste menstruationens första dag: _____

Hur långt intervall mellan menstruationerna: _____

Hur många dagar varar menstruationen: _____

Graviditetstest positivt, datum: _____

Slutat med p-piller, datum: _____

Tagit ut spiral, datum: _____

Aktuell vikt: _____

Längd: _____

Social situation

Sammanbor med barnets andra förälder: _____

Annan situation: _____

Problem med arbets- och/eller bostadsmiljö: _____

Motionerar du? _____ Motionsform: _____

Kost: (vegetarisk, vegan, annan): _____

Tidigare graviditeter och förlossningar

Försökt bli gravid i antal år: _____

Fått hjälp att bli gravid: _____

Om ja, metod: _____

Missfall:

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus:	Åtgärd:

Aborter:

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus:	Åtgärd:

Förlossningar:

År och månad:	Graviditetsvecka:	Kön:	Vikt:	Sjukhus:	Förlossningsförlopp:	Barnet mår i dag:

Sjukdomar

Sätt kryss vid de sjukdomar du har eller har haft:

Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	Blodpropp	<input type="checkbox"/>
Överviktskirurgi	<input type="checkbox"/>	Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/>
Gynekologisk sjukdom inkl. cellförändringar, genital herpes	<input type="checkbox"/>	Endokrina sjukdomar (hyper-/hypothyreos giftstruma, Graves sjukdom, thyreotoxikos)	<input type="checkbox"/>
Urinvägsinf./njurbäckeninfl.	<input type="checkbox"/>	Lungsjukdom eller astma	<input type="checkbox"/>
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	Inflammatorisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ledsjukdom	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>
Ökad blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	Autoimmun sjukdom (SLE, MS, celiaki, RA)	<input type="checkbox"/>
Blodsjukdom (t.ex. thalassemi)	<input type="checkbox"/>	Känd smittsam sjukdom	<input type="checkbox"/>

Kommentarer: _____

Allergi: _____

Har du tagit gynekologiskt cellprov någon gång, i så fall när tog du senaste provet? _____

Har du tagit några mediciner eller hälsokostpreparat sedan du blev gravid, i så fall vilket/vilka? _____

Tar du några mediciner nu? _____

Har du blivit röntgad eller vaccinerad sedan du blev gravid? _____

Om ja, när? _____

Har du ingått i barnvaccinationsprogrammet i Sverige? Ja Nej

Har du blivit opererad eller varit inlagd på sjukhus någon gång? _____

Har du fått blodtransfusion någon gång? _____

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

Psykisk häsohistoria

Sätt kryss vid de tillstånd du har eller har haft:

Allvarlig psykisk sjukdom (ex. psykos, bipolaritet, självmordsförsök)		Behandlad inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård	
Depression		Ångest/panik	
Självskaadebeteende		Ätstörning	
Tvångssyndrom		Neuropsykiatrisk diagnos (ADHD, ADD, autismspektra)	
Allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd i samband med tidigare graviditet/förlossning		Depression eller ångest i samband med tidigare graviditet/förlossning	

Kommentarer: _____

Familjehistoria

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

Högt blodtryck		Blödarsjuka	
Diabetes		Blodpropp	
Allvarligt psykisk ohälsa i samband med barnafödande		Missbildningar, ärftliga sjukdomar	
Ämnesomsättningsjukdom		Preeklampsi/havandeskapsförgiftning	

Är du informerad om:

Biobankslagen? _____

Datajournalen? _____

Självs kattad hälsa

Hur uppfattar du din hälsa före graviditeten:

- Mycket bra Bra Varken bra eller dåligt
 Dåligt Mycket dåligt