

*Välkomna på inskrivningssamtal*

Vänligen fyll i frågeformuläret inför besöket hos barnmorskan.

**Du som är gravid:**

Personnummer: ………………………………………………………………………………………………………………

Namn: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Email: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Födelseland: …………………………………………………………………………………………………………………

Yrke och arbetsplats (ex. arbetar heltid/deltid, arbetssökande, föräldraledig, studerande): ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Utbildningsbakgrund**

Grundskola □ Gymnasium □ Högskola/Universitet □

Familjesituation (ex. gift, sambo, särbo, ensamstående) ………………………………………………………

**Partner/närmast anhörig:**

Namn: …………………………………………………………………………………………………………………………

Relation: ………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon hem/mobil/arbete: ………………………………………………………………………………………………

Yrke och arbetsplats (ex. arbetar heltid/deltid, arbetssökande, föräldraledig, studerande):

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Till dig som är gravid:**

Datum för senaste mensens första dag: ……………………………………………………………………………

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens börjar? ………………………………………………….

Hur många dagar blöder du vid mens? ……………………………………………………………………………….

Har du gjort graviditetstest? *Om ja. När?* ……………………………………………………………………………

Har du nyligen använt preventivmedel?*Om ja. När slutade du? Vilken metod?*

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Har du försökt att bli gravid i mer än ett år? *Om ja. Hur många år?* ………………………………………...

Har du fått hjälp att bli gravid?*Om ja. På vilket sätt?* ……………………………………………………………

**Tidigare graviditeter:** *Fyll i nedan, även missfall och aborter*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| År/månad/dag | Kön/namn | Födelsevikt | Graviditetsvecka | Sjukhus |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Har det varit normala graviditeter och förlossningar? Upplevelse? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Amningserfarenhet:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Livsstil**

Längd och vikt: ………………………………………………………………………………………………………………

Röker/snusar du? *Om ja. Hur mycket per dag?* ……………………………………………………………………

Hur är din inställning till alkohol under graviditeten? …………………………………………………………….

Har du använt några droger de senaste åren?*Om ja. Vilka?* ……………………………………………………………………………………………………………………………………Har du upplevt våld i nära relation?……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Sjukdomshistoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Har du/eller har du haft någon av följande sjukdomar:** | **Ja** | **Nej** |
| Hjärt/kärlsjukdom |  |  |
| Psykiska besvär *t.ex. ångest, depression, ätstörning, bipolär sjukdom, ADHD*  |  |  |
| Leversjukdom *t.ex. gulsot, gallbesvär* |  |  |
| Någon sjukdom som smittar via blodet, *t.ex. hepatit, (gulsot), HIV*  |  |  |
| Gynekologisk sjukdom  |  |  |
| När tog du senast cellprov?  |  |  |
| Har du blivit behandlad för cellförändringar? |  |  |
| Endokrinologisk sjukdom *t.ex. struma, binjure- hypofyssjukdom* |  |  |
| Urinvägsproblem *t.ex. urinvägsinfektion, njursjukdom* |  |  |
| Lungsjukdom *t.ex. astma, bronkit*  |  |  |
| Tarmsjukdom *t.ex*. *ulcerös colit, Morbus Chron* |  |  |
| Diabetes  |  |  |
| SLE/inflammationssjukdom  |  |  |
| Epilepsi  |  |  |
| Led eller muskelsjukdom *t.ex. MS, reumatism, ryggbesvär* |  |  |
| Huvudvärk, migrän  |  |  |
| Allergi? *Om ja mot vad?*  |  |  |
| Multiresistenta bakterier?  |  |  |
| TBC eller varit i kontakt med någon som har TBC? *Har du testat dig? När?*  |  |  |
| Har du någon annan sjukdom? *Om ja, vilken?*  |  |  |
| Har du blivit opererad någon gång? *Om ja, för vad?*  |  |  |
| Har du besökt en sjukvårdsinrättning eller tandvård utomlands de senaste sex månaderna?  |  |  |
| Har du blivit röntgad eller vaccinerad under graviditeten?  |  |  |
| Har du haft laboratoriebekräftad covid-19 och/eller blivit vaccinerad mot covid-19. *När*? |  |  |
| Har du fått blodtransfusion någon gång?  |  |  |
| Har du någon aktuell läkarkontakt eller annan vårdkontakt?  |  |  |
| Äter du några mediciner/vitaminer/värktabletter under denna graviditet? *Om ja vilka?* Namn Styrka Dos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Finns det någon ärftlighet som kan ha betydelse för graviditet och förlossning.** *T. ex. blödningsdefekt, blodproppar, högt blodtryck, missbildningar, diabetes, tvillingar, sköldkörtelsjukdom, psykisk sjukdom. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Hur uppfattade du ditt hälsotillstånd under de tre månaderna innan du blev gravid?**

Mycket bra □ Bra □ Varken bra eller dåligt □ Dåligt □ Mycket dåligt □ Vet ej □