

Inför första besöket vid graviditet

Frågor till dig som är gravid och har ett bokat besök hos en barnmorska hos oss. Uppgifterna du lämnar är värdefulla, och gör att vi på bästa sätt kan ta hand om dig och ditt väntande barn.

Det är bara vårdpersonal som tar hand om din graviditet som får del av svaren. Är det något du inte kan eller vill svara på, behöver du inte göra det.

Besök och undersökningarna i samband med din graviditet är frivilliga och utan kostnad.

Dina kontaktuppgifter

Namn:	
Personnummer:	
Telefonnummer:	
Adress:	

Kontaktuppgifter till partner/närmaste anhörig

Namn:	
Telefonnummer:	
Relation:	

Samtycker du till:

Att prover sparas enligt biobankslagen JA NEJ

Att uppgifter sparas i graviditetsregistret JA NEJ

Sammanhållen journalföring JA NEJ

Hur skattar du själv ditt hälsotillstånd under de tre senaste månaderna innan vetskap om denna graviditet?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Varken bra eller dåligt
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt
- ☐ Vet ej

När hade du din senaste menstruation (första blödningsdagen)?

Datum:

Hur många dagar har du vanligtvis från mensens första dag till nästa mens första dag?

Antal dagar:

Har du gjort graviditetstest? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, när?

Har du nyligen använt preventivmedel? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken metod och när slutade du?

Har du försökt att bli gravid i mer än 1 år? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, under hur många år?

Ange eventuella tidigare graviditeter

Datum	Förlossning	Abort	Missfall	Utomkveds- havandeskap	Kön P/F	Födelsevikt gram	Graviditets- vecka	Sjukhus

Beskriv eventuell amningserfarenhet eller tankar inför amning:

Har du försökt att bli gravid i mer än 1 år? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, under hur många år?

Har du fått hjälp att bli gravid? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, på vilket sätt?

Har du eller har du haft någon av följande hälsoproblem

Tidigare eller pågående Psykisk ohälsa

Tidigare psykisk ohälsa Ja ☐ Nej ☐

Tidigare psykisk ohälsa i samband med graviditet/ efter förlossning Ja ☐ Nej ☐

Om ja på någon av frågorna ovan beskriv kort

Har du någon funktionsnedsättning?

- ☐ ADHD eller ADD
- ☐ Autism (aspberger syndrom)
- ☐ Intellektuell funktionsnedsättning (utvecklingsstörning)
- ☐ Annat

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

Om ja, beskriv:

Vid pågående kontakt uppge gärna kontaktuppgifter.

Någon sjukdom som smittar t.ex. hepatit, (gulsot), HIV, m.fl. Ja ☐ Nej ☐

Autoimmun sjukdom Ja ☐ Nej ☐

Om ja vilken eller vilka (SLE/inflammationssjukdom som påverkar kroppens immunförsvar, Led eller muskelsjukdom, t.ex. MS, reumatism, ryggbesvär m.fl.

Diabetes Ja ☐ Nej ☐

Graviditetsdiabetes Ja ☐ Nej ☐

Urinvägsproblem, t.ex. urinvägsinfektion, njursjukdom m.fl. Ja ☐ Nej ☐

Epilepsi Ja ☐ Nej ☐

Hjärt/kärlsjukdom, t ex klaffel, hjärtinfarkt Ja ☐ Nej ☐

Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling Ja ☐ Nej ☐

Huvudvärk, migrän Ja ☐ Nej ☐

Högt blodtryck eller behandling för blodtryck Ja ☐ Nej ☐

Tidigare preeklampsi/havandeskapsförgiftning? Ja ☐ Nej ☐

Gynekologisk sjukdom Ja ☐ Nej ☐

Gallbesvär Ja ☐ Nej ☐

Endokrinologisk sjukdom, Sköldkörtelsjukdom Ja ☐ Nej ☐

Lversjukdom Ja ☐ Nej ☐

Lungsjukdom, t.ex. astma, bronkit, tbc m.fl. Ja ☐ Nej ☐

Tarmsjukdom, t.ex. ulcerös colit, Morbus Chron m.fl. Ja ☐ Nej ☐

Finns någon känd överkänslighet? T.ex. mot läkemedel eller födoämnen som soja, nötter Ja ☐ Nej ☐

Om ja, ange mot vad.

Ärftlighet - Finns något av detta i närmaste familjen/släkten:

Koagulationsdefekt (Blodpropp/hjärtinfarkt) ☐

Högt blodtryck/hypertoni ☐

Preeklampsi/havandeskapsförgiftning ☐

Missbildningar ☐

Diabetes ☐

Tvillingar/flerbörd ☐

Sköldkörtelsjukdom/Tyroideasjukdom ☐

Adopterad ☐

Psykisk ohälsa ☐

Thalassemi ☐

Jag vet inte ☐

Läkemedel och hälsokostprodukter

Tar du några mediciner? Ja ☐ Nej ☐

Kosttillskott? Ja ☐ Nej ☐

Vitaminer? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilka?

Namn	Styrka	Dos

Har du någon allergi? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, mot vad?

Har du genomgått någon röntgen under graviditeten? Ja ☐ Nej ☐ Om ja Vilken

Är du vaccinerad mot röda hund? Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Har du vaccinerats under denna graviditet? ex. mot influensa, TBE, Covid etc. Ja ☐ Nej ☐

När tog du gynekologiskt cellprov senast? Datum:

Har du någon annan sjukdom eller har du genomgått någon operation? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, beskriv närmare:

Har du någon gång fått blodtransfusion? Ja ☐ Nej ☐ Om ja, vilket år?

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

Om ja, vilka och hur mycket?

Din utbildningsbakgrund

- ☐ Ingen eller skolgång kortare än 9 år
- ☐ Grundskola (eller motsvarande)
- ☐ Upp t o m gymnasium (eller motsvarande)
- ☐ Gymnasiesärskola/anpassad skolgång
- ☐ Högskola/Universitet (eller motsvarande)

Vilken är din sysselsättning?

- ☐ Förvärvsarbetande ☐ Aktivitetsersättning/lönebidrag ☐ Arbetssökande
- ☐ Studerande ☐ Sjukskriven/sjukersättning ☐ Föräldraledig
- ☐ Annat

Heltid Ja ☐ Nej ☐

Om deltid, hur många procent:

%

I vilket land är du född?

Om inte född i Sverige, antal år här:

Är du adopterad? Ja ☐ Nej ☐

Behöver du tolk: Ja ☐ Nej ☐ Om ja, i vilket språk:

Önskar du lägga till någon information?

Tack för dina svar.