

Blankett för förhandsuppgifter

Kyrklätt centrums rådgivning, Torgvägen 2, Kyrklätt
Masaby rådgivning, Lingonbacken 12, Masaby
Veikkola rådgivning, Sportstigen 7 C, Veikkola

Den gravidas uppgifter	Förnamn		Efternamn (också tidigare)			Personbeteckning				
	Adress									
	Telefonnummer			e-post adress			Modersmål			
	Familjeförhållande (gift, sambo, annat)			Yrke						
Makens/ barnets andra förälders uppgifter	Förnamn		Efternamn (också tidigare)			Personbeteckning				
	Adressen samma som ovan <input type="checkbox"/>		Annan adress			Modersmål				
	Telefonnummer			Yrke						
Moderns uppgifter	Längd och vikt före graviditeten: cm: _____ kg: _____		Senaste menstruation, datum: _____ Menstruationscykel: Regelbunden <input type="checkbox"/> Oregelbunden <input type="checkbox"/>			Preventivmetod före graviditeten? Avslutad år/mån: _____ Senaste PAPA-prov: _____				
Tidigare graviditeter och förlossningar	År	Tidigare graviditet upphört *)	Graviditetens längd i veckor	Födelsevikt g	Barnets namn	Hur graviditeten, förlossningen och barnsängstiden förflöet		Förlossningens längd, h	Helamning/total amninstid mån.	
*) L = Levande, D = Död, DF = Dödfödd, MF = Missfall, A = Abort										
Föräldrarnas sjukdomar	Mor Far		Mor Far			Mor				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blodtryckssjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalherpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medfödda defekter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Handikapp, syn/hörsel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annat			<input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion <input type="checkbox"/> Sköldkörtelsjukdom <input type="checkbox"/> Reuma <input type="checkbox"/> Operationer <input type="checkbox"/> Blodtransfusioner <input type="checkbox"/> Vattkoppor <input type="checkbox"/> Läkemedelsallergi <input type="checkbox"/> Tarmsjukdom <input type="checkbox"/> Tromboemboli <input type="checkbox"/> Trombofili <input type="checkbox"/> Tumörer <input type="checkbox"/> Omskuren <input type="checkbox"/> Hormonbehandling <input type="checkbox"/> Könssjukdomar <input type="checkbox"/> Risker i arbetet <input type="checkbox"/> Regelbunden medicinering, vilken?				
Annat värt att beakta angående hälsotillståndet: Sjukdomar i närslakten som bör beaktas:										