HELSEKORT FOR GRAVIDE

(Se veileder for helsekort for gravide IS-2199)

Personalia

Mor:	Fødselsnr. (11 siffer)	Far/medmor:	Fødselsnr. (11 siffer)	Navn fastlege	Navn jordmor
Navn		Navn			
Adresse	Telefon	Adresse		Sted	Sted
Postnr.	Poststed	Stilling/yrke	Telefon	Telefon	Telefon

Sivilstatus
- ☐ Gift
- ☐ Samboer
- ☐ Ugift/enslig
- ☐ Annet

Utdanning (høyest fullførte)
- ☐ Grunnskole
- ☐ Videregående
- ☐ Høyere utd.

Yrkesaktiv siste 6 mnd. ☐ Ja ☐ Nei

Stilling/yrke

Type bedrift

Landbakgrunn: Mor / Språk / ☐ Behov for tolk / Far / Språk

Tro og livssyn: Mor / Far

Tidligere svangerskap

Totalt antall sv.sk ☐ Spont.ab. ☐

Lev. født ☐ Ex. u. ☐

Dødfødt ≥ 500 g/22 u. ☐

Merknader (Årstall, fødested, flerfødsler, fødselsvekt, svangerskapsvarighet, komplikasjoner, operative forløsninger, misdannelser, ammeerfaring)

Tidligere/nåværende sykdommer
- ☐ Intet spesielt
- ☐ Hjertesykdom
- ☐ Hypertensjon
- ☐ Nyre/urinv.
- ☐ Diabetes
- ☐ Allergi/CAVE
- ☐ Epilepsi
- ☐ Trombose/behandling
- ☐ Autoimmun sykdom
- ☐ Gyn. sykd./opr.
- ☐ Psykisk helse
- ☐ Annet, *se merkn.*

Arvelige sykd.
- ☐ Ingen kjente
- ☐ Ja, se merkn.
- ☐ Foreldre i slekt

Levevaner

	Dagl.	Av og til	Nei	Ant. daglig: Sigaretter	Snus	Alkohol
Alkoholforbr.	☐	☐	☐			
Røyking	☐	☐	☐	Ved 1. kontroll:		
Snus	☐	☐	☐	Ved ca. 36. uke:		

☐ Samtale om levevaner (se veileder IS-2199)

Legemidler ☐ Daglig ☐ Av og til

Medikament

Merknader

Anbef. tilskudd ☐ Folat

Aktuelle svangerskap

Siste mens

Termin

Ultralyd termin

Når korrigert

Fosterdiagnostikk på indikasjon ☐ Ja ☐ Nei

☐ IVF

Transfer-dato

Rutineprøver

Dato

ABO (blodtdype)

Rh ☐ pos. ☐ neg. ☐ 32. u. ☐ 36. u.

Blodtype antistoff ☐ Nei ☐ Ja, se merkn.

Rubella antistoff ☐ ikke påvist ☐ påvist

Treponema pallidum (syfilis) ☐ ikke påvist ☐ påvist

HIV ☐ neg. ☐ pos.

ABU ☐ neg. ☐ pos.

Prøve på indikasjon

MRSA ☐ neg. ☐ pos.

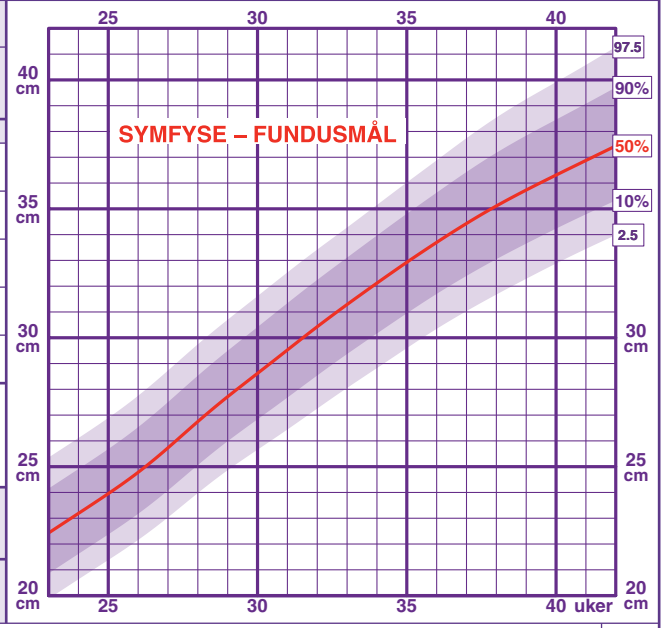
Hep C ☐ neg. ☐ pos.

Hep B

Toksoplasmose

Klamydia

Merknader



Før svangerskap

Høyde	Vekt	BMI

Glukosebelastning på indikasjon

Dato	Sv.sk.u.	Fastende	2 timer

Dato	Uke	Vekt	BT	Hb	Urin	Ødem 0/1/2/3	*Leie/ Be-veg.	Fl./ min.	Kjen-ner liv	Med. +/ –	I jobb %	Notater	Sign.

Helsestasjon etter fødsel — Navn, adr.

*Leie: H = hodeleie, S = seteleie, T = tverrleie
Beveg.: B = bevegelig, F = festet

Annen oppfølging ☐ Sykehus ☐ Spes. polikl. — Hvor

Kontinuasjonsark: ☐ Nei ☐ Ja