

| Personalia | | | | HELSEKORT FOR GRAVIDE | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|
| Mor: | | Fødselsnr. (11 siffer) | | Far/medmor: | | Fødselsnr. (11 siffer) | |
| Navn | | | | Navn fastlege | | | |
| Adresse | | | | Sted | | | |
| Postnr. | | Poststed | | Stilling/yrke | | Telefon | |
| Telefon | | Adresse | | Telefon | | Telefon | |
| Sivilstatus | | Utdanning (høyest fullførte) | | Yrkesaktiv siste 6 mnd. | | Landbakgrunn: | |
| <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Annet | | <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående <input type="checkbox"/> Høyere utd. | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Stilling/yrke Type bedrift | | Mor Far Mor Far | |
| | | | | | | Språk <input type="checkbox"/> Behov for tolk Språk | |
| | | | | | | Tro og livssyn: Mor Far | |
| Tidligere svangerskap | | | | Merknader (Årstall, fødested, flerfødsler, fødselsvekt, svangerskapsvarighet, komplikasjoner, operative forløsninger, misdannelser, ammeerfaring) | | | |
| Totalt antall sv.sk <input type="checkbox"/> Spont.ab. <input type="checkbox"/> Lev. født <input type="checkbox"/> Ex. u. <input type="checkbox"/> Dødfødt ≥ 500 g/22 u <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Tidligere/nåværende sykdommer | | | | Arvelige sykd. | | Levevaner | |
| <input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Autoimmun sykdom <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Allergi/CAVE <input type="checkbox"/> Gyn. sykd./opr. <input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Psykisk helse <input type="checkbox"/> Nyre/urinv. <input type="checkbox"/> Trombose/behandling <input type="checkbox"/> Annet, <i>se merkn.</i> | | | | <input type="checkbox"/> Ingen kjente <input type="checkbox"/> Ja, se merkn. <input type="checkbox"/> Foreldre i slekt | | Dagl. Av og til Nei Alkoholforbr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Røyking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Snus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Samtale om levevaner (se veileder IS-2199) | |
| | | | | | | Ant. daglig: Sigaretter Snus Alkohol Ved 1. kontroll: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ved ca. 36. uke: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Merknader | | | | | | Legemidler <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til Medikament | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Folat | |
| Anbef. tilskudd | | | | | | | |
| Aktuelle svangerskap | | Ultralyd termin | | Fosterdiagnostikk på indikasjon | | Til: (fødeinstitusjon eller fordelingsentral) | |
| Siste mens | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> IVF Transfer-dato | | | |
| Termin | | Når korrigert | | | | Jeg ønsker å sikre denne kvinnen rutineultralyd og plass ved fødselen. | |
| Rutineprøver | | Prøve på indikasjon | | | | Forløpet av svangerskapet hittil | |
| Dato | | Rubella antistoff <input type="checkbox"/> ikke påvist <input type="checkbox"/> påvist | | MRSA <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | | | |
| ABO (blodtype) | | Treponema pallidum (syfilis) <input type="checkbox"/> ikke påvist <input type="checkbox"/> påvist | | Hep C <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | | | |
| Rh | | <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> 32. u. <input type="checkbox"/> 36. u. | | Hep B | | | |
| Blodtype antistoff | | HIV <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | | Toksoplasmose | | Med hilsen | |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, se merkn. | | ABU <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | | Klamydia | | Dato Lege/jordmor | |

