

Kjente sykdommer			
Hjertesykdom	Høyt blodtrykk	Nyre/urinveger	Rheumatoid artritt
Asthma	Epilepsi	Gyn. sykd./- opr.	Tarmsykdom
Diabetes Insulinkrevende?	Allergi Cave	Andre sykdommer	Arvelige sykdommer
Hoftefeil i familien?	Blodpropp	Psykisk sykdom/ plage <input type="checkbox"/> Under behandling? <input type="checkbox"/>	
Smitteførende hepatitt A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		MRSA-smitte	

Dette svangerskapet			
Siste menstruasjon Sikker?	Regelmessig mens.?	IVF?	Ultralyd termin
Røyking før svangerskapet _____ Antall sigaretter _____		Røyking ved svangerskapets slutt _____ Antall sigaretter _____ Evt. når sluttet du? _____	
Har du brukt snus i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Evt. når sluttet du? _____		Stoffmisbruk <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
Alkoholbruk før svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til			
Alkoholbruk i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til			
Faste medikamenter	Med. i svangerskapet	P-piller siste 6 mndr. før sv.sk.	
Har du tatt folinsyre før svangerskapet <input type="checkbox"/> i svangerskapet <input type="checkbox"/>		Har du tatt multivitaminer før svangerskapet <input type="checkbox"/> i svangerskapet <input type="checkbox"/>	

Tidligere sykehusopphold		
Har du vært innlagt ved Nordlandssykehuset Bodø? Evt. når var du innlagt sist _____ og hvilken avdeling _____		
Har du de siste 3 mndr vært innlagt ved sykehus utenfor Norden?		I tilfelle hvilket land?
Nærmeste pårørende om ikke barnefar er det. Navn: Adresse		Familie/slektskap Tlf:

Kommentarer eller ønsker: (bruk gjerne eget ark.)

Takk for hjelpen. Hilsen oss på føden. 😊