

INNSKRIVING I FØDEJOURNAL

Opplysningene vil bli lagt inn i din elektroniske journal. Du har rett til innsyn i egen journal i henhold til lovverket. Det er lovpålagt å sende opplysninger fra fødselen til Medisinsk fødselsregister (MFR).

NB: Husk å ta med kopi av helsekort, blodtypelapp, ultralydskjema og blodprøvesvar når du kommer til sykehuset.

PERSONOPPLYSNINGER OM BARNETS MOR	
Etternavn:	Fornavn:
Mellomnavn:	Fødsels- og personnummer:
Adresse:	Postnummer og sted:
Tlf. privat/mobil:	Fastlege:
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, språk:	Jordmor i svangerskapet:
Statsborgerskap:	Helsestasjon hvor du skal gå med barnet:
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/-mann <input type="checkbox"/> Separert	
Boforhold: <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Sammen med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Sammen med andre	
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående <input type="checkbox"/> Høyskole/Universitet	
Er du og barnets far genetisk i slekt? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Evt. hvilket slektsforhold:	
Yrkesaktiv: <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende <input type="checkbox"/> Elev/student <input type="checkbox"/> Trygdet	
Bransje/Yrkestittel(stilling):	
Samtykker du i at yrkesopplysninger blir sendt til Medisinsk fødselsregister? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

PERSONOPPLYSNINGER OM BARNETS FAR / MEDMOR	
Etternavn:	Fornavn/mellomnavn:
Fødsels- og personnummer:	Tlf. privat/mobil:
Adresse: <input type="checkbox"/> Samme adr.	Postnummer og sted:
Statsborgerskap:	
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/-mann <input type="checkbox"/> Separert	
Bor sammen med barnets mor? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Er far/medmor nærmeste pårørende? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Hvis annen pårørende, oppgi: Navn, relasjon, personnummer, adresse og tlf på evt annen pårørende:	

NÅVÆRENDE SVANGERSKAP				
Høyde:	Vekt ved starten av svangerskapet:			
Hadde du regelmessig menstruasjon før du ble gravid? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Antall dager på syklusen:				
Dato første dag i siste menstruasjon: <input type="checkbox"/> Sikker dato <input type="checkbox"/> Usikker		Termindato satt ved ultralyd eller IVF:		
Er dette et IVF svangerskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Antall fostre:		
Har du hatt blødning i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, i uke:				
Var du yrkesaktiv ved svangerskapets start?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja,%
Var du sykmeldt ved svangerskapets start, i så fall hvor mange prosent?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Utsettes du for skadelig påvirkning i yrket?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja,
Har du brukt prevensjon med hormoner siste 6 måneder før sv.skapet?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du blitt vaksinert mot/gjennomgått røde hunder/rubella?				<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
TIDLIGERE SVANGERSKAP OG FØDSLER				
Antall tidligere svangerskap:	Antall tidligere fødsler (totalt):	Antall spontanaborter før uke 12:		
Antall svangerskap utenfor livmoren:	Antall levende fødte barn:	Antall spontanaborter etter uke 12:		
Hvor mange keisersnitt har du hatt?	Antall dødfødsler fra uke 23 og senere:	Antall selvbestemte aborter: Årstall siste selvbestemte abort:		
For flere opplysninger angående tidligere fødsler – se side 4.				
LEVEVANER I SVANGERSKAPET				
Samtykker du i at opplysning om bruk av røyk og snus blir sendt til Medisinsk fødselsregister? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
Før svangerskapet	Nei	Av og til	Ja	
Har du røykt før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antall pr. dag:
Har du brukt snus før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt alkohol før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt andre rusmidler før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilke:
Før uke 12 (i 1.trimester)				
Har du røykt i svangerskapet før uke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antall daglig:
Har du brukt snus i svangerskapet før uke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt alkohol i svangerskapet før uke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt andre rusmidler i svangerskapet før uke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilke:
Etter uke 28 (i 3.trimester)				
Har du røykt i svangerskapet etter uke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antall pr. dag:
Har du brukt snus i svangerskapet etter uke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt alkohol i svangerskapet etter uke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt andre rusmidler i svangerskapet etter uke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilke:

TIDLIGERE SYKDOMMER		
<input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Psykisk sykdom	<input type="checkbox"/> Gyn. sykdom/operasjon
<input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom	<input type="checkbox"/> Gjentatte urinveisinfeksjoner	<input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon
<input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Diabetes I	<input type="checkbox"/> Diabetes II
<input type="checkbox"/> Lungesykdom	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Allergi
<input type="checkbox"/> Tidligere epilepsi	<input type="checkbox"/> Vedvarende epilepsi	<input type="checkbox"/> Revmatoid artritt
<input type="checkbox"/> Hepatitt B	<input type="checkbox"/> Hepatitt C	
<input type="checkbox"/> Annet:.....		
ARVELIGE SYKDOMMER		
Er det kjente arvelige sykdommer i din eller barnefars familie?		
<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, Hvilke sykdommer: Hos hvem:		
FASTE MEDIKAMENTER/KOSTTILSKUDD		
Har du brukt medisiner i svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Evt. hvilke og når:		
Har du tatt multivitaminer <i>før</i> svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du tatt multivitaminer <i>under</i> svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du tatt folinsyre <i>før</i> svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du tatt folinsyre <i>under</i> svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Er det noen medisiner du ikke tåler?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Evt. hvilke og hvilken reaksjon får du:		
Mottar du LAR-behandling under svangerskapet?		<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

MULTIRESISTENTE BAKTERIER (MRSA, ESBL, VRE med flere)	
Har du vært behandlet ved sykehus, eller fått tannbehandling utenfor Norden i løpet av de siste 12 måneder?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du oppholdt deg i flyktningeleir i løpet av de siste 12 måneder?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du vært i nærkontakt med en person som har fått påvist MRSA, ESBL eller VRE i løpet av de siste 12 måneder?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Har du tidligere fått påvist MRSA, ESBL eller VRE?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
<p>Hvis JA på et av disse spørsmålene, ta kontakt med din fastlege så snart som mulig. Du vil da få hjelp til å ta nødvendige prøver og få nødvendig informasjon. Prøvene skal helst være tatt før innleggelse, for å forebygge at multiresistente bakterier blir en del av bakteriefloraen ved sykehuset. For mer informasjon se www.fhi.no.</p>	

TIDLIGERE FØDSLER Gjelder levendefødte og dødfødte barn fra uke 23											
Årstall	Fødested	Forløsningsmetode (spontan/vakuum/tang/ keisersnitt/setefødsel/annet)	Komplikasjoner (blødning/rift/annet)	Kjønn	Fullgatte uker	Vekt i gram	Hadde barnet misdannelser?	Ammet du barnet?	Barnet lever	Død ved fødsel	Død etter fødsel

Sted: Dato: Signatur:

VENNLIGST RETURNER SKJEMAET TIL FØDEAVDELINGEN.

Dersom noe endres etter at du har sendt inn skjemaet, vennligst kontakt sykehuset eller send skjemaet på nytt.

Takk for hjelpen, og velkommen.