

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