

## INNSKRIVING I FØDEJOURNAL

Opplysningane vil bli lagde inn i din elektroniske journal. Du har rett til innsyn i eigen journal i samsvar med gjeldande lovverk. Det er lovpålagt å sende opplysningar frå fødselen til Medisinsk fødselsregister (MFR).

**NB: Hugs å ta med kopi av helsekort, blodtypelapp, ultralydskjema og blodprøvesvar når du kjem til sjukehuset.**

PERSONOPPLYSNINGAR OM MOR TIL BARNET	
Etternamn:	Fornamn:
Mellomnamn:	Fødsels- og personnummer:
Adresse:	Postnummer og stad:
Tlf. privat/mobil:	Fastlege:
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, språk:	Jordmor i svangerskapet:
Statsborgarskap:	Helsestasjon der du skal gå med barnet:
ivilstand: <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambuar <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/-mann <input type="checkbox"/> Separert	
Boforhold: <input type="checkbox"/> Åleine <input type="checkbox"/> Saman med ektefelle/sambuar <input type="checkbox"/> Saman med andre	
Utdanning: <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Vidaregåande <input type="checkbox"/> Høgskule/Universitet	
Er du og faren til barnet genetisk i slekt? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Evt. kva slektskap:	
Yrkesaktiv: <input type="checkbox"/> Heiltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Ikkje yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Arbeidssøkande <input type="checkbox"/> Elev/student <input type="checkbox"/> Trygda	
Bransje/Yrkestittel (stilling):	
Samtykker du i at opplysningar om yrke blir sendt til Medisinsk fødselsregister? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

PERSONOPPLYSNINGER OM BARNETS FAR / MEDMOR	
Etternamn:	Fornamn/mellomnamn:
Fødsels- og personnummer:	Tlf. privat/mobil:
Adresse: <input type="checkbox"/> Same adr.	Postnummer og stad:
Statsborgarskap:	
ivilstand: <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambuar <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/-mann <input type="checkbox"/> Separert	
Bor saman med mor til barnet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	Er far/medmor nærmaste pårørande? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
Dersom annen pårørande, oppgi: Namn, relasjon, personnummer, adresse og tlf på evt annan pårørande:	

NÅVÆRENDE SVANGERSKAP				
Høgde:	Vekt ved starten av svangerskapet:			
Hadde du regelmessig menstruasjon før du blei gravid? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja    Kor mange dagar på syklusen:				
Dato første dag i siste menstruasjon: <input type="checkbox"/> Sikker dato <input type="checkbox"/> Usikker		Termindato sett ved ultralyd eller IVF:		
Er dette eit IVF svangerskap? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Tal på foster:		
Har du hatt bløding i svangerskapet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, i veke:				
Var du yrkesaktiv ved starten av svangerskapet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, .....%				
Var du sjukemeld ved starten av svangerskapet, i så fall kor mange prosent? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
Blir du utsett for skadelig påverknad i yrket? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja,.....				
Har du brukt prevensjon med hormon siste 6 månadar før svangskapet? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
Har du blitt vaksinert mot/gjennomgått raude hundar/rubella? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja				
TIDLEGARE SVANGERSKAP OG FØDSLAR				
Kor mange tidlegare svangerskap:	Kor mange tidlegare fødslar (totalt):	Kor mange tidlegare spontanabortar før veke 12:		
Kor mange svangerskap utanfor livmora:	Kor mange tidlegare levandefødde barn:	Kor mange tidlegare spontanabortar etter veke 12:		
Kor mange keisarsnitt har du hatt?	Kor mange tidlegare dødfødsjar frå uke 23 og seinare:	Kor mange sjølvbestemte abortar: Årstal siste sjølvbestemte abort:		
<b>For fleire opplysningar angående tidlegare fødslar – sjå side 4.</b>				
LEVEVANAR 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				
<b>Før svangerskapet</b>		Nei	Av og til	Ja
Har du røykt før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kor mange 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 rusmiddel før svangerskapet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kva:
<b>Før uke 12 (i 1.trimester)</b>				
Har du røykt i svangerskapet før veke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kor mange pr. dag:
Har du brukt snus i svangerskapet før veke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt alkohol i svangerskapet før veke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt andre rusmiddel i svangerskapet før veke 12?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kva:
<b>Etter uke 28 (i 3.trimester)</b>				
Har du røykt i svangerskapet etter veke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kor mange pr. dag:
Har du brukt snus i svangerskapet etter veke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt alkohol i svangerskapet etter veke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du brukt andre rusmiddel i svangerskapet etter veke 28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kva:

**TIDLIGARE SJUKDOMMAR**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingenting spesielt  | <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom              | <input type="checkbox"/> Gyn. sjukdom/operasjon |
| <input type="checkbox"/> Kronisk nyresjukdom | <input type="checkbox"/> Gjentatt urinvegsinfeksjonar | <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon   |
| <input type="checkbox"/> Hjartesyjukdom      | <input type="checkbox"/> Diabetes I                   | <input type="checkbox"/> Diabetes II            |
| <input type="checkbox"/> Lungesyjukdom       | <input type="checkbox"/> Astma                        | <input type="checkbox"/> Allergi                |
| <input type="checkbox"/> Tidlegare epilepsi  | <input type="checkbox"/> Vedvarande epilepsi          | <input type="checkbox"/> Revmatoid artritt      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitt B          | <input type="checkbox"/> Hepatitt C                   |   |
| <input type="checkbox"/> Andre:              |   |   |

**ARVELEGE SJUKDOMMAR**

Er det kjente arvelege sjukdommar i din eller barnefars familie?

- Nei  Ja, Kva sjukdommar:  
Hos kven:

**FASTE MEDIKAMENTER/KOSTTILSKUDD**

Har du brukt medisinar i svangerskapet?  Nei  Ja  
Evt. kva og når:

Har du tatt multivitamin *før* svangerskapet?  Nei  Ja

Har du tatt multivitamin *under* svangerskapet?  Nei  Ja

Har du tatt folinsyre *før* svangerskapet?  Nei  Ja

Har du tatt folinsyre *under* svangerskapet?  Nei  Ja

Er det nokre medisinar du **ikkje** tåler?  Nei  Ja  
Evt. kva og kva reaksjon får du:

Mottar du LAR-behandling under svangerskapet?  Nei  Ja

**MULTIRESISTENTE BAKTERIER (MRSA, ESBL, VRE med fleire)**

Har du vore behandla ved sjukehus, eller fått tannbehandling utanfor Norden i løpet av dei siste 12 månadane?  Nei  Ja

Har du vore i flyktningleir i løpet av dei siste 12 månadane?  Nei  Ja

Har du vore i nærkontakt med ein person som har fått påvist MRSA, ESBL eller VRE i løpet av dei siste 12 månadane?  Nei  Ja

Har du tidlegare fått påvist MRSA, ESBL eller VRE?  Nei  Ja

**Dersom JA på eitt av disse spørsmåla, ta kontakt med din fastlege så snart som mogleg. Du vil då få hjelp til å ta nødvendige prøvar og få nødvendig informasjon. Prøvene skal helst vere tekne før innlegging, for å unngå at multiresistente bakteriar blir ein del av bakteriefloraen ved sjukehuset. For meir informasjon sjå [www.fhi.no](http://www.fhi.no).**

<b>TIDLEGARE FØDSLAR</b> Gjelder levandefødde og dødfødde barn frå veke 23											
Årstall	Fødestad	Metode for forløyising (spontan/vakuum/tang/ keisarsnitt/setefødsel/anna)	Komplikasjonar (blødning/rift/anna)	Kjønn	Fullgåtte veker	Vekt i gram	Hadde barnet misdanningar?	Amma du barnet?	Barnet lever	Død ved fødsel	Død etter fødsel

Stad:

Dato:

Signatur:

**VER VENLEG OG RETURNER SKJEMAET TIL FØDEAVDELINGA.**

Dersom noko endrar seg etter at du har sendt inn skjemaet, ver venleg og ta kontakt med sjukehuset eller send skjemaet på nytt.

**Takk for hjelpa, og velkommen.**