

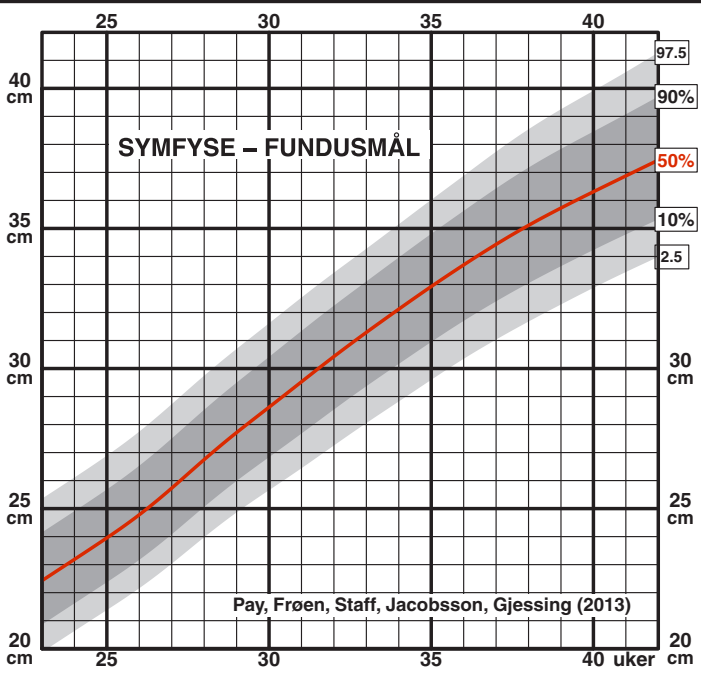
HELSEKORT FOR GRAVIDE

(Se veiledning for helsekort IS-2713)

Helsekortet må tas med på hver konsultasjon og til fødsel

Bring this health card for all consultations and for labor

Mor		Fødselsnr./D-nummer (11 siffer)				Far/medmor			Fødselsnr./D-nummer (11 siffer)																																																																																																																																																																																																																																																																			
Navn					Navn			Telefon		Fastlege		Jordmor																																																																																																																																																																																																																																																																
Adresse				Telefon		Full adresse				Sted		Sted																																																																																																																																																																																																																																																																
Postnr.		Poststed			Stilling/yrke				Telefon		Telefon																																																																																																																																																																																																																																																																	
Sivilstatus				Høyeste utdanning			Yrkesaktiv siste 6 mnd.			Mor landbakgrunn		Språk																																																																																																																																																																																																																																																																
<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 Yrke/bransje _____ Prosent _____			Far/medmor landbakgrunn		<input type="checkbox"/> Behov for tolk Språk _____																																																																																																																																																																																																																																																																
Tidligere svangerskap				Merknader tidligere sv.sk.																																																																																																																																																																																																																																																																								
Totalt antall sv.sk. <input type="checkbox"/> Spont.ab. <input type="checkbox"/> Lev. født <input type="checkbox"/> Ex. u. <input type="checkbox"/> Dødfødt \geq 500 g/22 u. <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
Tidligere/nåværende sykdommer						Arvelige sykd.			Merknader/annet			Legemidler																																																																																																																																																																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Diabetes/sv.sk.dia. <input type="checkbox"/> Autoimmun sykdom <input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Allergi/astma <input type="checkbox"/> Gyn. sykdom./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 <input type="checkbox"/> Hofteledds dysplasi						<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til Legemidler _____ <input type="checkbox"/> Legemiddelallergi Folat _____ <input type="checkbox"/> Før svangerskap <input type="checkbox"/> I svangerskap																																																																																																																																																																																																																																																																
Levevaner																																																																																																																																																																																																																																																																												
Nei Av og til Dagl. Sluttet i sv.sk. Ant. daglig Røyking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sigaretter Snus Alkohol Snus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ved 1. kons. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alkoholforbr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ved ca. 36. uke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Andre rusmidl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Levevaner: Notater _____																																																																																																																																																																																																																																																																												
Aktuelt svangerskap			Ultral lyd termin			Fosterdiagnostikk																																																																																																																																																																																																																																																																						
Siste mens _____			_____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Assistert befruktning _____ <input type="checkbox"/> Ja Dato _____																																																																																																																																																																																																																																																																						
Termin _____			Når korrigert _____			Flerlinger _____																																																																																																																																																																																																																																																																						
Anbefalte prøver i første trimester				Prøver ved behov																																																																																																																																																																																																																																																																								
Hb Provesvar		S-Ferritin Provesvar		Ikke påvist		Påvist		Ikke påvist		Påvist																																																																																																																																																																																																																																																																		
Hepatitt B (HBsAg)		Hepatitt B (Anti-HBc)		HIV		Syfilis		Klamydia		Toksoplasmose		Rubella antistoff		Hepatitt C																																																																																																																																																																																																																																																														
ABO/Rh Provesvar								MRSA/VRE/ESBL		HbA1c Provesvar		Glukosebelastning (uke 24-28)																																																																																																																																																																																																																																																																
Blodtypeantistoff <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke utført kontroll antistoff								Fastende _____ 2 timer _____ Dato _____																																																																																																																																																																																																																																																																				
RhD-negativ gravid																																																																																																																																																																																																																																																																												
Foster-RhD uke 24 <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv Sign.				RhD-profylakse gitt uke 28 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																																																																																																																																																																																																																																																																								
Samtykke om test av foster-RhD																																																																																																																																																																																																																																																																												
Resultat dato		Merknader (blodtypeantistoff, GBS, annet)																																																																																																																																																																																																																																																																										
For svangerskap		Høyde _____		Vekt _____		KMI _____																																																																																																																																																																																																																																																																						
Notater												Sign.																																																																																																																																																																																																																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dato</th> <th>Uke</th> <th>Vekt</th> <th>BT</th> <th>U-Prot</th> <th>Ødem 0/1/2/3</th> <th>Pres/leie</th> <th>Fl./min.</th> <th>Kjenner liv</th> <th>Legem. +/-</th> <th>I jobb %</th> <th colspan="3"></th> <th>Sign.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>														Dato	Uke	Vekt	BT	U-Prot	Ødem 0/1/2/3	Pres/leie	Fl./min.	Kjenner liv	Legem. +/-	I jobb %				Sign.																																																																																																																																																																																																																																																
Dato	Uke	Vekt	BT	U-Prot	Ødem 0/1/2/3	Pres/leie	Fl./min.	Kjenner liv	Legem. +/-	I jobb %				Sign.																																																																																																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/> Ammeveiledning <input type="checkbox"/> Fødselsforberedende samtale <input type="checkbox"/> Erklæring av farsskap/Soknad om medmorskap												Tabellen fortsetter på baksiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																																																																																																																																																																																																																																																																
Fødeavdeling, telefon _____						Helsestasjon, adresse, telefon _____																																																																																																																																																																																																																																																																						



HELSEKORT FOR GRAVIDE

Kontinuasjonssark

Mor	Fødselsnr. /D-nummer (11 siffer)
	Navn

Dato	Uke	Vekt	BT	U-Prot	Ødem 0/1/2/3	Pres/ leie	Fl./ min.	Kjen- ner liv	Legem. +/-	I jobb %	Notater	Sign.

For notater/merknader/fødeplan ved behov