

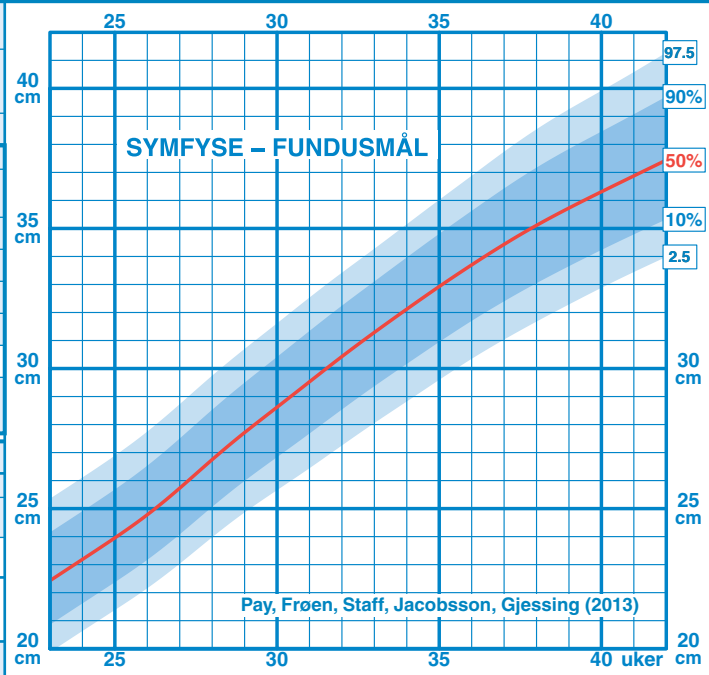
HELSEKORT FOR GRAVIDE

(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 | | Telefon | | Navn | | Telefon | |
| Adresse | | Telefon | | Full adresse | | Sted | |
| Postnr. | | Poststed | | Stilling/yrke | | Telefon | |
| Sivilstatus | | Høyeste utdanning | | Yrkesaktiv siste 6 mnd. | | Mor landbakgrunn | |
| <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 _____ | | Språk _____ <input type="checkbox"/> Behov for tolk | |
| 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 ≥ 500 g/22 u. <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Tidligere/nåværende sykdommer | | | | Arvelige sykd. | | Merknader/annet | |
| <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, se merkn. | | | | <input type="checkbox"/> Ingen kjente <input type="checkbox"/> Ja, se merkn. <input type="checkbox"/> Foreldre i slekt <input type="checkbox"/> Hofteleddsdysplasi | | <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 | | | | Ant. daglig | | | |
| Nei Av og til Dagl. Sluttet i sv.sk. | | | | Sigaretter Snus Alkohol | | | |
| Røyking <input type="checkbox"/> | | | | Ved 1. kons. <input type="checkbox"/> | | | |
| Snus <input type="checkbox"/> | | | | Ved ca. 36. uke <input type="checkbox"/> | | | |
| Alkoholforbr. <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Andre rusmidl. <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Levevaner: Notater _____ | | | | | | | |
| Aktuelt svangerskap | | Ultralud termin | | Fosterdiagnostikk på indikasjon | | | |
| Siste mens _____ | | Ultralud termin _____ | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Assistert befruktning _____ Dato _____ <input type="checkbox"/> Ja _____ Dato _____ Flerlinger _____ | | | |
| Termin _____ | | Når korrigert _____ | | | | | |
| Anbefalte prøver i første trimester | | | | Prøver ved behov | | | |
| Hb Provesvar _____ | | S-Ferritin Provesvar _____ | | Ikke påvist | | Påvist | |
| Hepatitt B (HBsAg) <input type="checkbox"/> | | Hepatitt B (Anti-HBc) <input type="checkbox"/> | | Klamydia <input type="checkbox"/> | | Toksoplasmose <input type="checkbox"/> | |
| HIV <input type="checkbox"/> | | Syfilis <input type="checkbox"/> | | Rubella antistoff <input type="checkbox"/> | | Hepatitt C <input type="checkbox"/> | |
| ABU <input type="checkbox"/> | | ABO/Rh Provesvar _____ | | MRSA/VRE/ESBL <input type="checkbox"/> | | HbA1c Provesvar _____ | |
| Blodtypeantistoff <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | Ikke utført kontroll antistoff <input type="checkbox"/> | | Glukosebelastning (uke 24-28) | | Fastende _____ 2 timer _____ Dato _____ | |
| RhD-negativ gravid | | | | | | | |
| Foster-RHD uke 24 <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv | | RhD-profylakse gitt uke 28 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | Samtykke om test av foster-RHD <input type="checkbox"/> Sign. _____ | | | |
| Resultat dato | | Merknader (blodtypeantistoff, GBS, annet) | | | | | |
| For svangerskap | | Høyde _____ | | Vekt _____ | | KMI _____ | |
| Dato | | Uke | | Vekt | | BT | |
| U-Prot | | Ødem 0/1/2/3 | | Pres/leie | | Fl./min. | |
| Kjenner liv | | Legem. +/- | | I jobb % | | Notater | |
| Sign. | | | | | | | |



IS-2714 Helsedirektoratet 4-2018

Ammeveiledning Fødselsforberedende samtale Farskapsklæring utfyllt

Fødeavdeling, telefon _____

Helsestasjon, adresse, telefon _____

Tabellen fortsetter på baksiden

Ja Nei

