Graviditetsundersøgelse.

For at lette arbejdet ved den kommende konsultation vedrørende din graviditet, vil vi bede dig besvare følgende spørgsmål og medbringe dem til konsultationen.

Dit navn:_____

Dit cpr.nr.:_____

Barnefaderens navn:_____

Barnefaderens cpr.: _____

Tidligere fødsler (årstal, hvilken graviditetsuge barnet blev født, og barnets vægt):

Årstal	Hvilken uge barnet blev født	Barnets vægt
.		
.		
.		

Tidligere aborter (hvilket årstal, og hvor langt var du henne i graviditeten) :

Årstal	Hvilken uge
.	
.	

Datoen for første dag i din sidste menstruation:_____

Er der arvelige sygdomme i din eller barnefars familie?_____

<u>Dit arbejde</u>:

Stillingsbetegnelse:_____

Timetal:_____

Barnefars arbejde:_____

Kendte allergier, herunder også høfeber (både dig og barnefader)?:_____

Har du nogle kroniske sygdomme (f.eks. astma, stofskiftesygdom, psykisk sygdom?):_____

Får du fast medicin? hvis ja hvilken:_____

Er du MFR-vaccineret?:_____

Har du tidligere været indlagt på sygehus – og for hvad?:

_____

Din vægt før graviditeten:_____**kg**

Din højde:_____**cm**

I forhold til risikofaktorer for udvikling af svangerskabsbetinget sukkersyge.

- har du tidligere haft svangerskabsbetinget sukkersyge?_____

- er der sukkersyge i din nærmeste familie (bedsteforældre, forældre, søskende, egne børn)_____

Hvilket sygehus vil du gerne føde på?_____

Hvor vil du gerne gå til jordemoder?_____