

Velkommen til 1. svangreundersøgelse hos lægen

Ved svangreundersøgelsen skal der blandt andet udfyldes en svangerskabs- og vandrejournal, som efterfølgende sendes til fødeafdelingen. I den forbindelse vil det være til stor hjælp, hvis du inden konsultationen har udfyldt de rubrikker, som du uden lægens hjælp kan udfylde. Hvis der er noget, du ikke ved, husker eller forstår, så spring bare det punkt over.

På 1. side øverst bedes du udfylde dit personnummer, navn, adresse, e-mail og telefonnumre. Du bedes også udfylde feltet med "Sociale oplysninger".

Under "*Tidligere fødsler*" kan du, hvis du allerede har børn, udfylde hvilke år, dine børn er født. I "Lev" og "Død" krydser du af for om barnet er levende eller dødt.

Under "GA" kan du (hvis du ved det) skrive hvor mange uger henne i graviditeten du var, da du fødte. Hvis du fødte lige til tiden, var det 40 uger. I "Vægt" kan du skrive barnets vægt ved fødslen. I "Graviditetsforløb" kan du skrive "Nat" (for naturlig) hvis det var en helt normal graviditet. Ellers fylder vi den ud, når du kommer. I "Fødselsoplevelse" kan du skrive "God", "Neutral" eller "Dårlig" – som du nu synes, det var.

Under "*Tidligere aborter*" kan du skrive evt. årstal. Under "Prov. uge" skriver du -hvis det var en provokeret abort -hvor mange uger, du var henne. Under "Spon.uge" skriver du -hvis det var en spontan abort - hvor mange uger du evt. var henne.

Under "*Anamnese*" i feltet "Sidste mens.1.dag" skriver du datoen for 1. dag i din sidste menstruation, hvis du er sikker på den. Hvis du ikke er sikker, kan du skrive "?". Ved siden af det felt står "Cyklus". Det er antallet af dage fra 1. dag i den ene menstruation til 1. dag i den næste, når du altså ikke får p piller. Mange har lidt uregelmæssige menstruationer – så er det OK at skrive 28-29 dage eller 26-35 dage, eller hvad det nu måtte være.

Under "*Arbejds miljøpåvirkning*" kan du skrive hvilket arbejde, du har, antal timer, du arbejder og barnefaderens arbejde.

Under "*Allergi*" kan du skrive, om der er noget, du er allergisk over for.

På side 2 bedes du udfylde evt. medicin og kryds gerne af for om du er MFR (mæslinge-fårsyge og rødehund) vaccineret. Du bedes udfylde felterne for tobak, alkohol andre rusmidler og hvis der er noget specielt vedrørende kost eller motion (vegetar eller eliteidræt eller lignende).

Med venlig hilsen, lægerne og personalet hos Midtbylægerne

Personnummer, navn og adresse		Lægens navn og adresse	
E-mail		E-mail	
Tlf. privat/mobil	Tlf. arbejde	Telefonnummer	

Sociale oplysninger

Civilstand	Sæt x <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Separeret <input type="checkbox"/> Fraskilt <input type="checkbox"/> Enke					<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Enlig
	Barnefars navn						Personnummer
Sprog	Behov for tolkebistand <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, hvilket sprog			National oprindelse	
	Supplerende oplysninger (kan uddybes på side 2)						

Tidligere fødsler

År	Lev.	Død	Køn	GA	Vægt	Fødested	Graviditetsforløb	Fødselsforløb	Fødselsoplevelse*	Puerper.	Barns nuv. tilstand

*Fødselsoplevelse: god, neutral, dårlig

Tidligere aborter

År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge

Anamnese

Termins-beregning	Sidste mens. 1. dag	Cyklus	Termin	Evt. bemærkninger	
Fertilitets-behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Evt. bemærkninger		
Prænatal risiko-vurdering	Familielohistorie, herunder arvelige sygdomme				
	Doubletest taget (uge 8+0 - 13+6)		Tripletest taget (uge 14+0 - 20+6)		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Arbejds miljø-påvirkning	Ønskes nakkefoldsscanning (uge 11+0 - 13+6)		Ønskes misdannelsesscanning (uge 18+0 - 20+0)		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Den gravides arbejde		Timer pr. uge	Barnefars arbejde	
Allergi	<input type="checkbox"/> Ergonomisk <input type="checkbox"/> Biologisk		Art og periode		
	<input type="checkbox"/> Kemisk <input type="checkbox"/> Andet				
Allergi	Henvist til arbejdsmedicinsk klinik		Delvis fraværsmelding		Fraværsmelding
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Allergi	Den gravide allergisk over for				
	Barnet disponeret for allergisk sygdom				
	<input type="checkbox"/> Ingen		<input type="checkbox"/> Enkelt (forældre/søskende)		<input type="checkbox"/> Dobbelt

Blad 1 (Hvid): Til jordemodercenter • Blad 2 (Rød): Til fødestedet/centralvisitationen • Blad 3 (Gul): Til lægens eget brug

ST 97.011 (04/2011)

Personnummer	Navn
--------------	------

Anamnese, fortsat

Kroniske sygdomme, sæt x	Kredsløb	Luftveje	Thyroidea	Diabetes	Epilepsi	Psykisk sygd.	Herpes genitalis	Recidiverende UVI
Medicin								
MFR Vaccinationsstatus	<input type="checkbox"/> Vaccineret		<input type="checkbox"/> Ikke vaccineret		<input type="checkbox"/> Ukendt			
Tidligere indlæggelser og behandlinger af relevans for graviditeten								
Tobak	Ryger <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal cigaretter pr. dag	Evt. ophørsdato	Ønsker rygeafvænningsstilbud <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Alkohol	Forbrug efter erkendt graviditet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal genstande pr. uge	Flere genstande ved samme lejlighed <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Evt. bemærkninger under Samlet vurdering			
Andre rusmidler	Forbrug under graviditet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Uddybes						
Kost og motion	Evt. bemærkninger							

Undersøgelser

Generel screening	Hep B	HIV	Syfilis	Selektiv screening	Klamydia	Gonoré	Hæmoglobinopati
	Dato	Dato	Dato		Dato	Dato	Dato
	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Fravalgt	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Fravalgt	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Fravalgt		<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
	D-vitamin				Måles på gravide kvinder med mørk hud eller som bærer en tildækkende påklædning om sommeren	Dato	S-25 OH-D (nmol/L)

Samlet vurdering af ressourcer og risici

Vurdering ud fra foreliggende resultater af anamnese, undersøgelser og psyko-sociale forhold	
Niveaudeling	Behov for henvisning til obstetrisk vurdering
<input type="checkbox"/> Basistilbud	<input type="checkbox"/> Udvidet basistilbud inkl. tværfagligt samarbejde
<input type="checkbox"/> Udvidet basistilbud	<input type="checkbox"/> Samarbejde med specialiserede institutioner/familieambulatorium
Undersøgende læge: Dato og underskrift	Behov for henvisning til Social- og Sundhedsforvaltningen
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Hvis ja, angiv årsag

Blad 1 (Hvid): Til jordmodercenter • Blad 2 (Rød): Til fødestedet/centralvisitationen • Blad 3 (Gul): Til lægens eget brug

ST 97.012 (04/2011)