

TfnAllergi/överkänslighet mot (fr. a. läkemedel)

Vikt i hela kg vid inskrivningen		längd i hela cm	
<input type="text"/>	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm
Tobak: 3 mån före aktuell graviditet			
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> 1-9 cig/dag	<input type="checkbox"/> 10 el fler cig/dag	<input type="checkbox"/> snus
Tobak: vid inskrivningen			
<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> 1-9 cig/dag	<input type="checkbox"/> 10 el fler cig/dag	<input type="checkbox"/> snus
Alkohol: 3 mån före aktuell graviditet			
<input type="checkbox"/> sällan/aldrig	<input type="checkbox"/> högst 1 gång per vecka	<input type="checkbox"/> mer än 1 gång per vecka	
Alkohol: vid inskrivningen			
<input type="checkbox"/> sällan/aldrig	<input type="checkbox"/> högst 1 gång per vecka	<input type="checkbox"/> mer än 1 gång per vecka	

Familjesituation <input type="checkbox"/> sammanb med barnafadern <input type="checkbox"/> ensamstående <input type="checkbox"/> annan familjesituation		Förvärvsarbete vid inskrivningen <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid <input type="checkbox"/> nej		Yrke
Bost- el arbetsmiljöproblem <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> MHV 3/ omv.journal		Arbetsplats/arbetsförhållanden		

Ofrivillig barnlöshet, antal år	Åtgärd					
	<input type="checkbox"/> ingen	<input type="checkbox"/> IVF	<input type="checkbox"/> ovul.stim.	<input type="checkbox"/> kirurgi	<input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> annat:

[illegible]

Hereditet av obstetrisk betydelse, t ex koagulationsdefekt, hypertoni, missbildningar, diabetes, flerbörd

<input type="checkbox"/> Hjärt/kärlsjukd <input type="checkbox"/> Psyk vård <input type="checkbox"/> Gynekolog sjukd. Op	<input type="checkbox"/> Upprepade urinvägsinf <input type="checkbox"/> Kronisk njursjukd <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Epilepsi	MHV 3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trombos <input type="checkbox"/> Gulsot <input type="checkbox"/> Endokrina sjukd	<input type="checkbox"/> Lungsjukd/astma <input type="checkbox"/> Ulcerös colit el Mb Crohn <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> Kronisk hypertoni	
Före inskrivningen under graviditeten: medicinering, ange preparat, styrka, dos, grav.vecka/-or		Anteckningar (rtg, vaccination m m)
		Bedömning vid första besök <input type="checkbox"/> Basprogram <input type="checkbox"/> MHV 3
		Sign <div> Tidigare blodtrans <div> ja nej </div> </div>