

Personnummer, navn og adresse 160796XXXX		Lægens navn og adresse Lægerne Nordås
Michelle Bünck		
Solvej 3, st 6000 Kolding		Boulevarden 19G, 2.sal 7100 Vejle
E-mail		E-mail
Tlf. privat/mobil 42263027	Tlf.arbejde	Telefonnummer 75822020

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	Familiehistorie, herunder arvelige sygdomme			
	Doubletest taget (uge 8+0 - 13+6) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Tripletest taget (uge 14+0 - 20+6) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Ønskes nakkefoldsscanning (uge 11+0 - 13+6) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Ønskes misdannelsesscanning (uge 18+0 - 20+0) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Arbejdsmiljø-påvirkning	Den gravides arbejde		Timer pr. uge	Barnefars arbejde
	<input type="checkbox"/> Ergonomisk <input type="checkbox"/> Biologisk <input type="checkbox"/> Kemisk <input type="checkbox"/> Andet		Art og periode	
	Henvist til arbejdsmedicinsk klinik <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Delvis fraværsmelding <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
			Fraværsmelding <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Allergi	Den gravide er allergisk over for			
	Barnet disponeret for allergisk sygdom <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Enkelt (forældre/søskende) <input type="checkbox"/> Dobbelt			



Personnummer

160796-XXXX

Navn

Michelle Bünck

## 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 graviditeter								
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	Gonorré	Hæmoglobinopati
	Dato	Dato	Dato		Dato	Dato	Dato
	<input type="checkbox"/> Pos.	<input type="checkbox"/> Pos.	<input type="checkbox"/> Pos.		<input type="checkbox"/> Pos.	<input type="checkbox"/> Pos.	<input type="checkbox"/> Pos.
	<input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Neg.		<input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Neg.	<input type="checkbox"/> Neg.
	<input type="checkbox"/> Fravalgt	<input type="checkbox"/> Fravalgt	<input type="checkbox"/> Fravalgt				
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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Udvidet basistilbud	Hvis ja, angiv årsag
<input type="checkbox"/> Udvidet basistilbud inkl. tværfagligt samarbejde	
<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
Ydernr.: 54534	

☐ Til den gravide ☐ Til Jodemodercentret ☐ Til fødestedet ☐ Til lægen

HUSK at sætte kryds



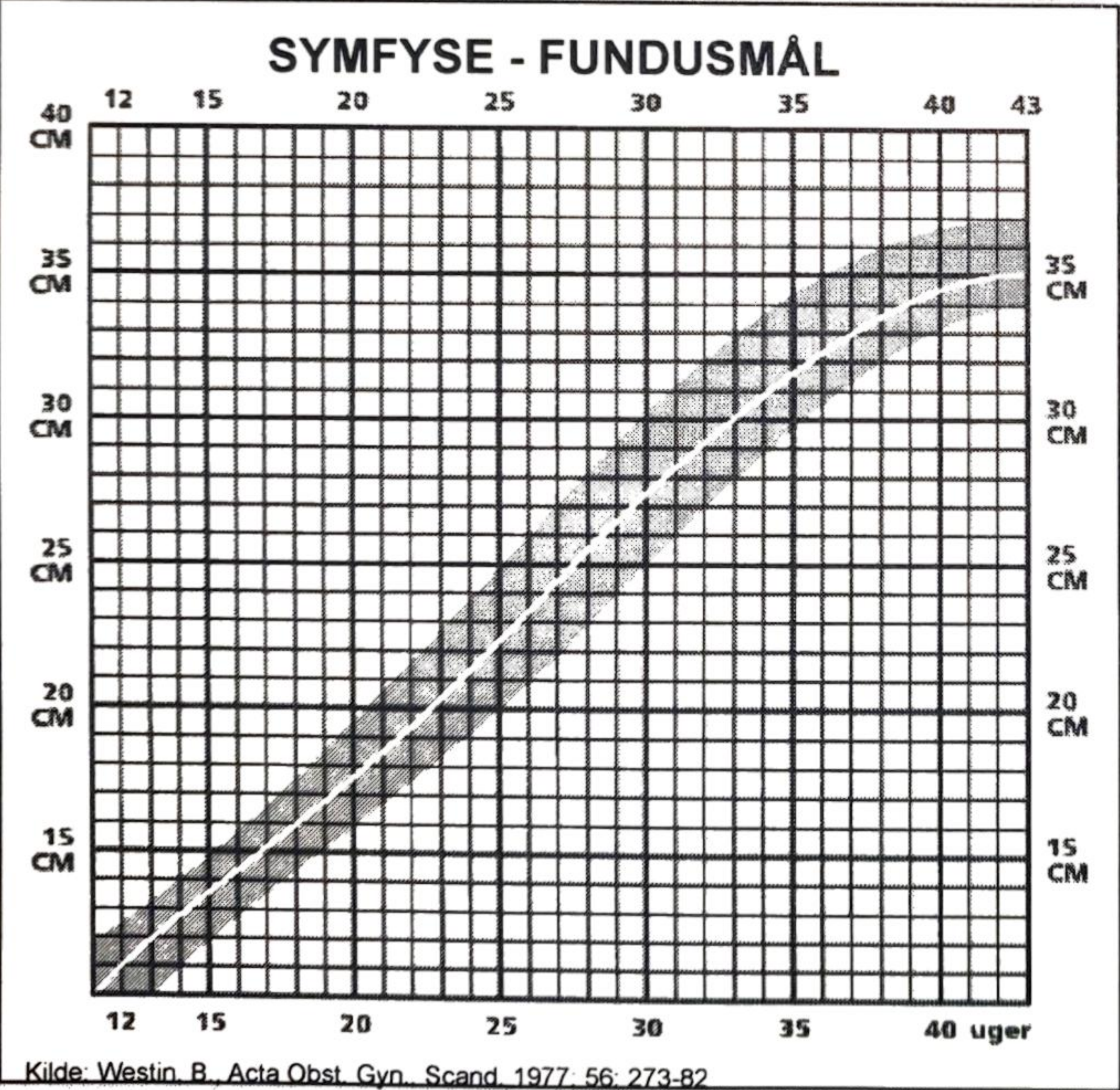
[illegible]



Personnummer 160796- <del>XXXX</del>	Navn Michelle Bünck
---	------------------------

Doubletest	Dato	Nakkefoldsscanning	Dato	Triplettest	Dato					
Odds for DS udmeldt til kvinden (ved kombinationstest det samlede odds)			1:	Initialer						
<input type="checkbox"/> Moderkageprøve	Dato		Resultat							
<input type="checkbox"/> Fostervandsprøve										
Ultralyds-scanning	Dato	GA (U + D)	UL vægt	Vægtafvigelse %	Foster-præs.	Foster-vand	Flow	Konklusion	Undersøgelses-sted	Init.

Diabetes screening - OGTT	Uge 18-20 *	Dato	2 timers værdi	Uge 28-30 **	Dato	2 timers værdi
	Ved glucosuri, såfremt der ikke er udført OGTT inden for 4 uger				Dato	2 timers værdi
	Risikofaktorer: 1: Tidligere GDM 2: Familiær disposition 3: BMI før graviditet >= 27 4: Tidligere fødsel af barn med fødselsvægt >= 4500 G 5: Glucosuri					
	* Ved tidligere GDM eller mindst 2 risikofaktorer måles OGTT i 18.-20. og 28.-30. uge. ** Ved 1 risikofaktor måles OGTT i 28.-30. uge.					



Evt. bemærkninger

Ønsket fødested		Jordemodercenter, adresse og telefonnummer	
Primært planlagt fødested	Ændret fødested		
Evt. ønsket jm-konsultation (sted/ugedag/jordemoder)			
Udfyldes af jordemoderen	Ønskes fødselsforberedende undervisning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Konsultationsform <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Gruppe	