



Esitietolomake raskauden ensikäynnille

Henkilötiedot

Äidin suku- ja etunimet:	Henkilötunnus:
Lähiosoite:	Postinumero- ja toimipaikka:
Puhelinnumero:	Ammatti:
Rekisteriviranomainen: <input type="checkbox"/> Siv.rek <input type="checkbox"/> Srk Muu:	Siviilisääty:
Työtehtävät ja altisteet:	

Puolison suku- ja etunimet	Henkilötunnus:
Lähiosoite:	Postinumero- ja toimipaikka:
Puhelinnumero:	Ammatti:
Rekisteriviranomainen <input type="checkbox"/> Siv.rek <input type="checkbox"/> Srk Muu:	Siviilisääty:
Työtehtävät, työaika- ja paikka:	

Muut perheenjäsenet

Esitiedot

Pituus ja paino	Pituus:	Paino ennen raskautta:	
Kuukautiset	Viimeiset kuukautiset: Kierron pituus:	<input type="checkbox"/> Säännölliset <input type="checkbox"/> Epäsäännölliset	<input type="checkbox"/> Niukat <input type="checkbox"/> Runsaat
Raskautta edeltävä ehkäisy	Lopetuspv:	Ehkäisykeino:	
Viimeisin	Raskaustesti ja tulos:	PAPA-näyte:	Hammashuolto:
Tupakka	Ennen raskautta: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Raskauden aikana: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Puoliso: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:
Nuuska	Ennen raskautta: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Raskauden aikana: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Puoliso: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:
Alkoholi	Ennen raskautta: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Raskauden aikana: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:	Puoliso: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, määrä:
Huumeet	Ennen raskautta: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Raskauden aikana: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Puoliso: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä

Terveystiedot (Ä=äiti, P=puoliso)

Esiintyykö äidin tai puolison suvussa alla mainittuja sairauksia?

	Ä	P		Ä	P		Ä
Astma			Perinnölliset sairaudet			Virtsatietulehdus	
Allergia			Keuhkosairaus			Kilpirauhassairaus	
Sokeritauti			Epilepsia			Leikkaukset	
Verenpainetauti			Neurologinen sairaus			Sukupuolitaudit	
Sydänsairaus			Anemia			Herpes genitalis	
Munuaissairaus			Reuma			Hormonihoidot	
Maksasairaus			Psyykinen sairaus			Verensierrot	
Vammaisuus/aistivika			Vesirokko			Kasvaimet	
Synn. epämuodostuma			Rokotusohjelman rokotukset saatu			Synnytyselinten sairaudet	

Lisätietoja sairauksista:

Odottajan voimassa oleva lääkitys:

Vanhempien arvio terveydentilastaan:

Oletko ollut sairaala hoidossa viimeisen 5 vuoden aika, missä?

Oletko ollut ulkomailla viimeisen 5 vuoden aikana, missä?

Oletko aloittanut foolihapon käytön, milloin? _____

Erityisruokavalio: _____

Aikaisemmat raskaudet, keskenmenot & keskeytykset

Vuosi ja kuukausi	Raskausviikot	Keskenmeno	Syntymäpaino	Sukupuoli	Synn. kesto (t)	Imetys (kk)

Aiempien raskauksien kulku:

Lisätietoja

Vanhempien odotuksia ja toivomuksia äitiysneuvolalta?

Mieltä askarruttavia asioita raskauteen liittyen?
