

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.	<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 udfra 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

Til jordmodercenter Til fødestedet/centralvisitationen Til lægens eget brug

HUSK at sætte kryds

ST 97.012M (03/2010)