

Mödrahälssovårdsjournal 1 – MHV 1

MHV:s ex

Inskrivn datum  I I	ID-kontroll, sign	Barnmorska
MVC nummer	Nationalitet - Språk (om ej svenska), tolk tfn	MHV 3
Barnafader/närmaste anhörig, namn och tfn, yrke, arbplats		

### Allergi/överkänslighet mot (fr. a. läkemedel)

## Nuvarande graviditet

	år	mån	dag	Mens
Senaste menstruation				regel- bunden
Graviditetsreaktion positiv				oregel- bunden
Upphört med preventivtabl.				Menstyp. dagar /
Spiral uttagen				Spiral kvar i livmoder
Beräknad förlossning  enligt SM				Lokal registrering
enl ultraljud				

Vikt i hela kg vid inskrivningen	längd i hela cm		
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<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	

Sociala förhållanden

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

Ofrivillig barnlöshet,  
antal år      Atgärd       ingen       IVF       ovul.stim.       kirurgi       ICSI       annat:

#### Tidigare graviditeter och förlossningar

S:a

S:a

Sjukhistoria

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					
<input type="checkbox"/> Trombos	<input type="checkbox"/> Gulset	<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	MHV 3 <input type="checkbox"/>				

Före inskrivningen under graviditeten: medicinering. ange preparat, styrka, dos, tidsavstånd, osv.

el Mb Crohn SLE

**per tonne**

Före inskrivningen under graviditeten: medicinering, ange preparat, styrka, dos. grav vecka/-or  
Anteckningar (t ex vaccination m m)  
Bedömning vid första besök

Tidigare blodtrans  ja  nej