

Mottagning		Eftervård Personnr, Namn, Adress, Tfn				
Datum		Sign				
Fullg g.v		Vecka efter partus				
Barn	Vikt	Partus	Förl. avs	Apgar	Tillstånd	Vårdas på barnklinik
Ammar	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej					
Blödning	<input type="checkbox"/> Upphört <input type="checkbox"/> Ej upphört					
Sår/Bristning/ Klipp	<input type="checkbox"/> U.a <input type="checkbox"/> Ej u.a					
	Suturer borttagna					
Bäckenbotten	<input type="checkbox"/> U.a <input type="checkbox"/> Slapp					
V.v.p	<input type="checkbox"/> U.a <input type="checkbox"/> Ej u.a					
Adnexa	<input type="checkbox"/> U.a <input type="checkbox"/> Ej u.a					
Uterus	<input type="checkbox"/> U.a <input type="checkbox"/> Ej u.a					
	Sondmått:					
Prover	Blodtryck					
	Vikt (kg)					
	Hb		Prot/Glykos	Urin odi.	Cell prov	
Mens	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Datum:			
Prev.medel	Typ					
	Sort					
Tobak	Röker		Snusar	Rek. kontroll		
Fritext						