

Registreringsskjema ved svangerskap

Velkommen til Føde-Barsel 4C. Vi gleder oss til å bistå gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. For å registrere informasjon om deg i vårt datasystem, ber vi om at dette skjemaet sendes innen svangerskapsuke 18 til:

Sykehuset i Vestfold
Sekretær ved Føde-Barsel 4C
Postboks 2168
3103 Tønsberg

Alle som ønsker å føde ved Sykehuset i Vestfold har automatisk fødeplass. Det blir ikke sendt ut bekreftelse på at vi har mottatt registreringsskjema.

Fødsels opplysningene sendes til Medisinsk fødselsregister, iht. Medisinsk fødselsregisterforskriften.

Barnets mor	
Etternavn:	Fornavn:
Mellomnavn:	Fødselsnr. (11 siffer):
Statsborgerskap:	Behov for tolk, språk:
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/>	
Medlem av Den norske kirke: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Gateadresse:	
Postnr.	Sted:
Kommune:	Telefon, mobil:
Utdanning (grunnskole/videregående/høyere):	
Yrke:	Samtykke til utlevering av yrkesoppl. Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Type bedrift/bransje:	
Hvor mye jobbet du v/ sv. skapets start: %	
Fastlege:	Annen lege i sv. skapet:
Helsestasjon:	Jordmor i sv. skapet:

Barnets far/medmor	
Er mor og far i slekt: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Bor mor og far/medmor sammen: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Etternavn:	Fornavn:
Mellomnavn:	Fødselsnr. (11 siffer):
Statsborgerskap:	Behov for tolk, språk:
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/>	
Gateadresse:	
Postnr.	Sted:
Kommune:	Telefon, mobil:
Medlem av Den norske kirke: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Yrke (frivillig opplysning):	

Historikk tidligere fødsler			
Beskriv dine fødsler (fra uke 22+0) kort med:			
Fødsel år			
Fødsel uke			
Antall barn			
Fødested			
Induksjon	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Normal/keisersnitt/vakuum			
Blødning (ml)			
Levende-/dødfødt			
Vekt			
Kjønn			
Hvis flere, skriv nedenfor (evt på baksiden):			

Kjente sykdommer (ja/nei)	
Hjertesykdom:	
Kronisk høyt blodtrykk:	
Kronisk nyresykdom:	
Gjentatte urinveisinfeksjoner:	
Astma:	
Epilipsi:	
Gyn.sykdom/operasjon:	Hvis ja, hvilke:
Reumatoid artritt:	
Diabetes (type):	
SLE:	
Tarmsykdommer:	
Andre medisinske sykdommer:	Hvis ja, hvilke:
Psykisk sykdom:	Hvis ja, er du under behandling: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Arvelige sykdommer i familien (som er i slekt med barnet):	
CAVE (medikamentallergi, type):	
Trombose (blodpropp):	

Aktuelt svangerskap		
Siste menstruasjon kjent:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Siste mens. 1. dag (dato):		
Siste mens. sikker dato:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Regelmessig mens.	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> Intervall:
Ultral lyd termin:		
Assistert befruktning:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
P-piller siste 6 mnd. før graviditet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
P-piller stoppet dato:		
Spiral:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Spiral fjernet dato:		
Det gjøres oppmerksom på at norske helsemyndigheter ønsker å registrerte mors røykevaner. Registrering av dette kan bare skje etter mors samtykke, dvs at det er frivillig å gi disse opplysningene.		
Jeg samtykker i å gi opplysninger om røykevaner: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Røyket du før sv.skapet (nei, av og til, daglig): Hvis daglig, angi sigaretter per dag:		
Snus før sv.skapet (nei, av og til, daglig):		
Snus 1. trimester (nei, av og til, daglig):		

Alkohol før sv.skapet (nei, av og til, daglig):		
Alkohol i 1. trimester (nei, av og til, daglig):		
Multivitaminer før sv.skapet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Multivitaminer i sv.skapet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Folsyre før sv.skapet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> Intervall:
Folsyre i sv.skapet:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Annet tilskudd før sv.skapet Hvis ja, type:		
Stoffmisbruk:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Medisiner i sv.skapet: Spesifiser:		
Vaksinasjoner i sv.skapet: Spesifiser:		
Røntgen i sv.skapet: Hvis ja, dato:		
Blødninger i sv.skapet: Hvis ja, hvilken uke:		

Se våre nettsider www.siv.no for mer informasjon om vårt fødetilbud.
Omvisning på Føde-Barsel 4C kan avtales på tlf.: 33 34 25 50