

Velkommen til seksjon for føde og barsel. Vi gleder oss til å bistå gjennom svangerskap og fødsel. Det er viktig å få registrert informasjon om deg i god tid før du kommer til oss første gang. Vi ber deg derfor å sende dette skjemaet innen uke 18 til:

Sykehuset Telemark
Seksjon for føde og barsel
3710 Skien

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

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 yrkesopplysn.
Type bedrift/bransje:	
Hvor mye jobbet du ved svangerskapets start (angi prosentandel): %	
Fastlege:	
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"/>	
Medlem av den norske kirke: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Gateadresse:	
Postnr.:	Sted:
Kommune:	Telefon, mobil:
Yrke (frivillig opplysning):	

Registreringskjema ved svangerskap

Historikk tidligere fødsler			
Kort beskrivelse av dine fødsler (fra uke 22+0):			
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:			
Gjentatte urinveisinfeksjoner:			
Astma:			
Epilepsi:			
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 om svangerskapet
Er tidsrom for siste menstruasjon kjent: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Siste menstruasjon 1.dag (dato):
Siste menstruasjon sikker dato: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Regelmessig menstruasjon Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Intervall:
Ultralyd 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"/>
Det gjøres oppmerksom på at norsk helsemyndigheter ønsker å registrere mors røykevaner. Registrering av dette kan bare skje etter mors samtykke. Det er dermed frivillig å gi disse opplysningene. Jeg samtykker i å gi opplysninger om røykevaner: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Røyket du før svangerskapet: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> Hvis daglig, angi antall sigaretter:
Røyket du i 1.trimester: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/> Hvis daglig, angi antall sigaretter:
Benyttet du snus før svangerskapet: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/>
Benyttet du snus i 1.trimester: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/>

Benyttet du:
Alkohol for svangerskapet: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/>
Alkohol i 1.trimester: Nei <input type="checkbox"/> av og til <input type="checkbox"/> daglig <input type="checkbox"/>
Multivitaminer før svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Multivitaminer i svangerskapet Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Folsyre før svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Intervall:
Folsyre i svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Annet tilskudd før svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, type:
Stoffmisbruk: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Medisiner i svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, spesifiser:
Vaksiner i svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, spesifiser:
Har du hatt:
Røntgen i svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, dato:
Blødninger i svangerskapet: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken svangerskapsuke:

Se våre nettsider www.sthf.no for mer informasjon om vårt fødetilbud.
Omvisning på seksjon for føde og barsel kan avtales på telefon: 35 00 47 64.