

Personnummer, navn og adresse		Lægens navn og adresse	
E-mail		E-mail	
Tlf. privat/mobil	Tlf. arbejde	Telefonnummer	

### Sociale oplysninger

Civilstand	Sæt x <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Separeret <input type="checkbox"/> Fraskilt <input type="checkbox"/> Enke					<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Enlig	
	Barnefars navn						Personnummer	
Sprog	Behov for tolkebistand <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, hvilket sprog				National oprindelse	
	Supplerende oplysninger (kan uddybes på side 2)							

### Tidligere fødsler

År	Lev.	Død	Køn	GA	Vægt	Fødested	Graviditetsforløb	Fødselsforløb	Fødselsoplevelse*	Puerper.	Barns nuv. tilstand

\*Fødselsoplevelse: god, neutral, dårlig

### Tidligere aborter

År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge

### Anamnese

Termins-beregning	Sidste mens. 1. dag	Cyklus	Termin	Evt. bemærkninger		
Fertilitets-behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Evt. bemærkninger			
Prænatal risiko-vurdering	Familielohistorie, herunder arvelige sygdomme					
	Doubletest taget (uge 8+0 - 13+6)			Tripletest taget (uge 14+0 - 20+6)		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Arbejds miljø-påvirkning	Ønskes nakkefoldsscanning (uge 11+0 - 13+6)			Ønskes misdannelsesscanning (uge 18+0 - 20+0)		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Den gravides arbejde		Timer pr. uge	Barnefars arbejde		
Arbejds miljø-påvirkning	<input type="checkbox"/> Ergonomisk	<input type="checkbox"/> Biologisk	Art og periode			
	<input type="checkbox"/> Kemisk	<input type="checkbox"/> Andet				
Allergi	Henvist til arbejdsmedicinsk klinik			Delvis fraværsmelding		Fraværsmelding
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Allergi	Den gravide allergisk over for					
	Barnet disponeret for allergisk sygdom					
<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Enkelt (forældre/søskende) <input type="checkbox"/> Dobbelt						

Blad 1 (Hvid): Til jordmodercenter • Blad 2 (Rød): Til fødestedet/centralvisitationen • Blad 3 (Gul): Til lægens eget brug

ST 97.011 (04/2011)

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.
	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

Blad 1 (Hvid): Til jordmodercenter • Blad 2 (Rød): Til fødestedet/centralvisitationen • Blad 3 (Gul): Til lægens eget brug

ST 97.012 (04/2011)

# Vandrejournal

Medbringes ved enhver henvendelse til læge/jordemoder og til fødestedet.  
Opbevares til evt. brug for sundhedsplejersken.

Side 1 af 2

Personnummer, navn, adresse og e-mail		Lægens navn, adresse, telefonnummer og e-mail	
Tlf. privat/mobil	Tlf. arbejde		

Sidste mens. 1. dag	Cyklus	Beregning sikker <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Nægels termin	Ultradfastsat termin
Før-graviditetsvægt - kg	Højde - cm	BMI	Hep. B <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Blodtype taget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Moderens Rhesustype <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Irregulære antistoffer i 6.-10. uge <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.		Barnets Rhesustype (uge 25) <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.	Antistof hos rh.neg. i 25. uge <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg.
<input type="checkbox"/> Uge 29 anti-D immunglobulin er givet →	Dato, initialer		Urindyrkning: sæt x ved fund af gruppe B-streptokokker uanset hvornår i graviditeten →	Dato, initialer

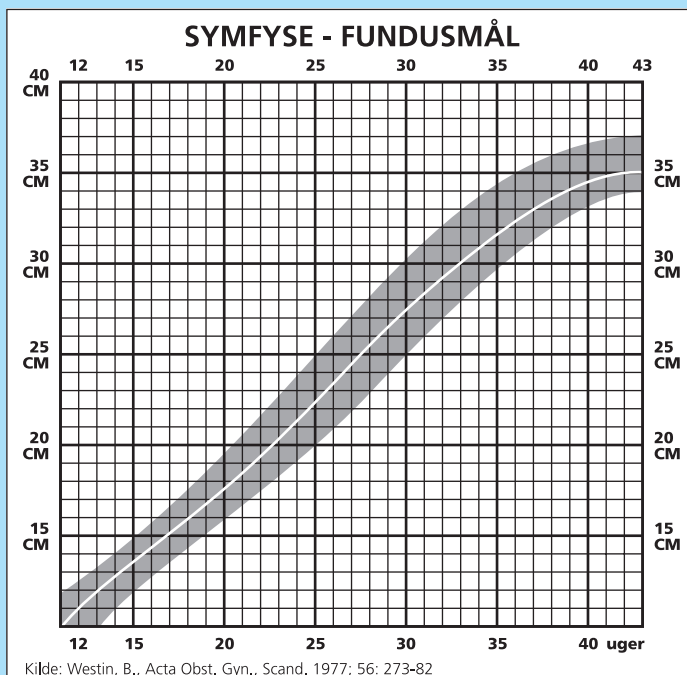
Dato	Gestations- alder	Vægt	Blodtryk	Urin: A S Leu Nit	Ødem	Symfyse- fund.mål	Foster- præs.	Fosterskøn	Foster- aktivitet	Undersøgel- sessted	Init.

Dato	Supplerende oplysninger, herunder jordemoderfaglig vurdering af ressourcer/risici/belastninger									

Personnummer	Navn
--------------	------

Doubletest	Dato	Nakkefoldsscanning	Dato	Triplettest	Dato					
Odds for DS udmeldt til kvinden (ved kombinationstest det samlede odds)			1:	Initialer						
<input type="checkbox"/> Moderkageprøve	Dato	Resultat								
<input type="checkbox"/> Fostervandsprøve										
Ultralyds-scanning	Dato	GA (U + D)	UL vægt	Vægtafvigelse %	Fosterpræs.	Foster-vand	Flow	Konklusion	Undersøgelses-sted	Init.

Diabetes screening - OGTT	Uge 18-20 *	Dato	2 timers værdi	Uge 28-30 **	Dato	2 timers værdi
	Ved glucosuri, såfremt der ikke er udført OGTT inden for 4 uger				Dato	2 timers værdi
	Risikofaktorer: 1: Tidligere GDM 2: Familiær disposition 3: BMI før graviditet $\geq 27$ 4: Tidligere fødsel af barn med fødselsvægt $\geq 4500$ g 5: Glucosuri					
	* Ved tidligere GDM eller mindst 2 risikofaktorer måles OGTT i 18.-20. og 28.-30. uge. ** Ved 1 risikofaktor måles OGTT i 28.-30. uge.					



Evt. bemærkninger

Ønsket fødested	Jordemodercenter, adresse og telefonnummer		
Primært planlagt fødested	Ændret fødested		
Evt. ønsket jm-konsultation (sted/ugedag/jordemoder)			
Udfyldes af jordemoderen	Ønskes fødselsforberedende undervisning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Konsultationsform <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Gruppe

Blad 1 (Hvid): Til den gravide • Blad 2 (Hvid): Til jordemodercentret • Blad 3 (Rød): Til fødestedet • Blad 4 (Gul): Til lægen

ST 97.022 (01/2010)

# Vorgod Lægehus

Vorgodlægehus.dk

## Vejledning til Svangerskabsjournal

Det vil være os til stor hjælp, hvis du vil udfylde nogle af felterne i svangerskabsjournalen på forhånd. Hvis der er noget, du ikke ved, husker eller forstår, så spring bare det punkt over.

På 1. side øverst bedes du udfylde dit personnummer, navn, adresse, e-mail og telefonnumre.

Du bedes også udfylde feltet med "Sociale oplysninger"

Under "Tidligere fødsler" kan du, hvis du allerede har børn, udfylde hvilke år, dine børn er født.

I "Lev" og "Død" krydser du af for om barnet er levende eller dødt.

Under "GA" kan du (hvis du ved det) skrive hvor mange uger henne i graviditeten du var, da du fødte. Hvis du fødte lige til tiden, var det 40 uger.

I "Vægt" kan du skrive barnets vægt ved fødslen.

I "Graviditetsforløb" kan du skrive Nat (for naturlig) hvis det var en helt normal graviditet. Ellers fylder vi den ud, når du kommer.

I "Fødselsoplevelse" kan du skrive "God", "Neutral" eller "Dårlig" – som du nu synes, det var.

Under "Tidligere aborter" kan du skrive årstal.

Under "Prov. uge" skriver du - hvis det var en provokeret abort - hvor mange uger, du var henne.

Under "Spon.uge" skriver du - hvis det var en spontan abort - hvor mange uger du var henne.

Under "Anamnese" i feltet "Sidste mens.1.dag" skriver du datoen for 1. dag i din sidste menstruation, **hvis du er sikker på den**. Hvis du ikke er sikker kan du skrive ca. (dato) eller bare måneden eller (hvis det er helt håbløst) sæt et "?".

Det er bedre at skrive usikkerheden end at give en meget tvivlsom dato.

Ved siden af det felt står "Cyklus". Det er antallet af dage fra 1. dag i den ene menstruation til 1. dag i den næste, når du altså ikke får p piller. Mange har lidt uregelmæssige menstruationer – så er det OK at skrive 28-29 dage eller 26-35 dage, eller hvad det nu måtte være.

Så hop ned til "Arbejds miljøpåvirkning" hvor du kan skrive hvilket arbejde, du har (f.eks "pædagog" eller "sekretær), antal timer, du arbejder og barnefaderens arbejde.

Under "Allergi" kan du skrive, om der er noget, du er allergisk over for.

På side 2 bedes du skrive personnummer og navn.

Udfyld evt. medicin og kryds gerne af for om du er MFR vaccineret.

Du bedes udfylde felterne for tobak, alkohol andre rusmidler og hvis der er noget specielt vedrørende kost eller motion (vegetar eller eliteidræt eller lignende).

Alle andre felter (og dem, du har været i tvivl om) fylder vi ud, når du kommer.

**Husk at tage papirerne med til lægen til svangerskabskontrollen.**

Tak for hjælpen

# Vorgod Lægehus

Vorgodlægehus.dk

## Vejledning til Vandrejournale

Det vil være os en stor hjælp, hvis du vil udfylde nogle af felterne i vandrejournalen på forhånd. Hvis der er noget, du ikke ved, husker eller forstår, så spring bare det punkt over.

På 1. side øverst bedes du udfylde dit personnummer, navn, adresse, e-mail og telefonnumre.

I næste rubrik står der: "Sidste mens. 1. dag" - der skriver du datoen for 1. dag i din sidste menstruation, **hvis du er sikker på den**. Hvis du ikke er sikker kan du skrive ca (dato) eller bare måneden eller (hvis det er helt håbløst) sæt et "?".

Det er bedre at skrive usikkerheden end at give en meget tvivlsom dato.

Ved siden af det felt står "Cyklus". Det er antallet af dage fra 1. dag i den ene menstruation til 1. dag i den næste, når du altså ikke får p piller. Mange har lidt uregelmæssige menstruationer – så er det OK at skrive 28-29 dage eller 26-35 dage, eller hvad det nu måtte være.

På næste linie skriver du din vægt og højde (uden sko), hvis du kender den.

På side 2 skal du bare skrive personnummer og navn.

**Husk at tage papirerne med til lægen til svangerskabskontrollen.**

Tak for hjælpen