INFORMASJONSSKJEMA FØDEAVDELINGEN

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Vi vil gjerne at du skal fylle ut dette skjemaet og ta det med ved første besøk/ultralydundersøkelse ved fødeavdelingen.

Hvis dette ikke er mulig, send det i god tid før fødselen til fødeavdelingen.

Opplysningene blir brukt i Melding om fødsel til Folkeregisteret og Melding til Medisinsk Fødselsregister

Termin ultralyd: **År:**

PERSONALIA

Etternavn:	Fornavn:	Ev. mellomnavn:
Pikenavn:	Personnummer 11 siffer:	Fødested:
Adresse i Folkeregisteret:	Postnr./-sted:	Trygdekontor:
Stilling/yrke: ☐ Ikke yrkesaktiv ☐ Yrkesaktiv heltid ☐ Yrkesaktiv deltid	Arbeidsgiver:	Utdanning: ☐ Grunnskole ☐ Videregående skole ☐ Høyere utdanning
Bransje:	Arbeidsgivers adresse:	
Tlf. privat / Tlf. mobil	Pårørendes navn, adresse, tlf.:	

STATSBORGERSKAP, SIVILSTATUS OG TROSTILHØRIGHET

Statsborgerskap:	Språk:	☐ Enslig ☐ Samboer ☐ Gift År	☐ Skilt ☐ Separert ☐ Enke
Tilhører du statskirken? JA ☐ NEI ☐	Annen trostilhørighet/kirkesamfunn:		

BARNETS FAR/MEDMOR

Navn:	Personnummer 11 siffer:	Statsborgerskap:	
Adresse i Folkeregisteret:	Postnr./-sted:	Tlf.:	Sivilstatus
Tilhører barnets far statskirken? JA ☐ NEI ☐	Annen trostilhørighet/kirkesamfunn:	Stilling/yrke:	

HELSEOPPLYSNINGER OG LIVSVANER

Navn på fastlegen din:	Navn på jordmor/helsestasjon:
Har du en kjent allergi? JA ☐ NEI ☐	Spesifiser din allergi:
Har du annen kjent sykdom? JA ☐ NEI ☐	Hvilken sykdom/sykdommer?
Bruker du medikamenter regelmessig? JA ☐ NEI ☐	Hvilket medikament/medikamenter?
Regelmessig kosttilskudd? JA ☐ NEI ☐	Multivitaminer: Før sv. skap ☐ I sv. skap ☐ Folat/folatsyre: Før sv. skap ☐ I sv. skap ☐
Har du vært syk under svangerskapet JA ☐ NEI ☐	Hvilken sykdom/sykdommer:
Har du i dette svangerskapet vært innlagt på sykehus? JA ☐ NEI ☐	Innlagt ved St. Olav: ☐ Hvilken avdeling: Annet sykehus: ☐ Årsak til innleggelse:

Er det arvelige sykdommer i din familie eller i barnets fars familie: NEI ☐ JA ☐ Hos hvem?:
Dersom ja, spesifiser:

Diabetes ☐ Kromosomfeil ☐ Hjertefeil ☐ Hoftefeil ☐ Annet ☐ Spesifiser annet:

Bruker du alkohol? JA ☐ NEI ☐ Tidligere ☐	Bruker du narkotiske stoffer? JA ☐ Nei ☐ Tidligere ☐
Røykte du ved sv.sk. begynnelse? Nei ☐ Daglig ☐ Av og til ☐ Antall sig. Daglig:	Røykte du ved sv.sk. avslutning? Nei ☐ Daglig ☐ Av og til ☐ Antall sig. Daglig:
Snuste du ved sv.sk. begynnelse? Nei ☐ Daglig ☐ Av og til ☐	Snuste du ved sv.sk. avslutning? Nei ☐ Daglig ☐ Av og til ☐
Samtykker du at det blir gitt opplysninger om yrke til: Medisinsk fødselsregister? JA ☐ Nei ☐	Samtykker du at det blir gitt opplysninger om dine røykevaner til: Medisinsk fødselsregister? JA ☐ Nei ☐

TIDLIGERE FØDSLER

År	Hvor fant fødselen sted (sykehus)?	Barnets kjønn	Barnets vekt ved fødselen	Fødselsforløp -normal -kur -keisersnitt -blødning -andre komplikasjoner	Fødselens varighet (timer)	Forløp de første uker etter fødselen -normal -feber -blødning	Ammet du lenge?	Lever barnet frisk?

ANDRE SYKEHUSINNLEGGELSER

År	Hvilket sykehus/avdeling?	Årsak/sykdom	Behandling	Ev. bemerkninger

Har du tanker eller opplevelser omkring tidligere fødsler, aborter eller den forestående fødselen som du vil at jordmor skal vite?

Dato: Signatur:

Dersom det er vanskelig å formulere tanker om fødselen eller om ev. tidligere opplevelser nå, kan du skrive et brev senere i svangerskapet, sende det til:

St. Olavs hospital HF
Fødeavdelingen
Postboks 3250, Torgarden
7006 TRONDHEIM

Tlf. fødeavdelingens ekspedisjon: 72 57 57 77