



Esitiedot äitiysneuvolaan

Tulevan äidin tiedot	Sukunimi	Etunimet	
	Osoite	Postinumero ja -osoite	Henkilötunnus
	Kotikunta	Puhelin	Sähköposti
	Syntymämaa	Äidinkieli	Siviilisääty
	Ammatti	Työpaikka	Uskonto
Tulevan isän/puolison tiedot	Sukunimi	Etunimet	
	Osoite (<input type="checkbox"/> sama kuin äidillä)	Postinumero ja -osoite	Henkilötunnus
	Puhelin	Äidinkieli	Kotikunta
	Ammatti ja työpaikka	Yhteisiä lapsia (syntymävuodet)	Lapsia aikaisemmista suhteista (syntymävuodet)
	Pituus	Säännöllinen lääkitys	Uskonto
	Tupakointi (kpl/vrk)	Nuuska	Huumeet
Tulevan äidin esitiedot	Viimeiset kuukautiset alkoivat: _____ Kuukautiskierron pituus: _____ Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/> Viimeisin ehkäisymenetelmä: _____ Milloin lopetettu? _____ Raskaustesti positiivinen: _____ Viimeisin papa-koe (vuosi, tulos): _____ Edeltänyt lapsettomuushoito? _____ Hedelmöitysjankoha/alkionsiirto: _____ Pituus: _____ Paino ennen raskautta: _____		



Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset	Pvm/vuosi	Rask. vk.	Synnytystapa/ -pituus Keskenmeno/keskeytys	Lapsen nimi	Syntymä- paino	Imetys- aika	Missä?
Vanhempien merkittävät sairaudet Ä = äiti I/P= isä/ puoliso	Ä I/ P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 verenpainetauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 allergiat 1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 lääkeaineallergia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 munuaistauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 sydänvika/-sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 maksasairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 syöpä/kasvain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 perinnöllinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12 B-hepatiitti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 C-hepatiitti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 moniresistentit bakteerit (MRSA, ESBL) 1) Mitä allergioita:	Ä I/P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 astma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16 epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17 uupumus/ masennus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18 psyykinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 synnynäiset epämuodostumat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 vammaisuus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21 genitaalierpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22 reuma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23 leikkaukset 2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24 zikavirus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25 lonkkaluksaatio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26 sukupuolitaudit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 muuta: 2) Mitä leikkauksia:	Ä <input type="checkbox"/> 28 virtsatieulehdus <input type="checkbox"/> 29 kilpirauhasen toimintahäiriö <input type="checkbox"/> 30 vesirokko <input type="checkbox"/> 31 vihurirokko/MPR-rokotus <input type="checkbox"/> 32 verensiirto <input type="checkbox"/> 33 syömishäiriö <input type="checkbox"/> 34 migreeni <input type="checkbox"/> 35 suonikohjut <input type="checkbox"/> 36 ympärileikattu <input type="checkbox"/> 37 tromboembolia * <input type="checkbox"/> 38 trombofilia ** <input type="checkbox"/> 39 virtsainkontinenssi <input type="checkbox"/> 40 aikaisempi lapsi saanut valohoitoa <input type="checkbox"/> 41 veritulppa *Tromboembolia: Syvä veritulppa jalassa joka on irronnut ja kulkenut veren mukana keuhkoihin ja aiheuttanut keuhkoveritulpan. **Trombofilia: Perinnöllinen verisuonitukokselle altistava häiriötila.	Ä synnytyselinten sairaudet <input type="checkbox"/> 42 leikkaukset <input type="checkbox"/> 43 kasvaimet <input type="checkbox"/> 44 infertiliiteetti <input type="checkbox"/> 45 hormonihoito <input type="checkbox"/> 46 PCO* <input type="checkbox"/> 47 munasarja-/kohtutulehdus <input type="checkbox"/> 48 kaavinta *Polykystiset munasarjat (munasarjojen monirakkulaisuus)			
Äidin sairauksista ja hoitapaikoista lisätietoja							



Nykyinen lääkitys, myös vitamiinit											
Tulevien vanhempien suvussa olevia sairauksia	(esim. epämuodostumat, sydänviat, perinnölliset sairaudet, kilpirauhasen toimintahäiriö, diabetes tyyppi 2, raskausmyrkytys, lonkkaluksaatio, merkittävät sairaudet/ leikkaukset lapsuusiässä...)										
	<table border="0"><tr><td data-bbox="316 633 794 696">Tupakointi ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk</td><td data-bbox="799 633 1520 696">Tupakointi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk</td></tr><tr><td data-bbox="316 734 794 797">Nuuska ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td><td data-bbox="799 734 1520 797">Nuuska raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td></tr><tr><td data-bbox="316 835 794 898">Kannabis ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk</td><td data-bbox="799 835 1520 898">Kannabis raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk</td></tr><tr><td data-bbox="316 936 794 999">Alkoholi ennen raskautta (täytä audit-lomake) <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td><td data-bbox="799 936 1520 999">Alkoholi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä</td></tr><tr><td data-bbox="316 1037 794 1099">Muut huumeet ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?</td><td data-bbox="799 1037 1520 1099">Muut huumeet raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?</td></tr></table> <p data-bbox="316 1160 1520 1317">Liikunta:</p> <p data-bbox="316 1332 1520 1485">Ruokavalio/dieetti:</p>	Tupakointi ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk	Tupakointi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk	Nuuska ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Nuuska raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Kannabis ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk	Kannabis raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk	Alkoholi ennen raskautta (täytä audit-lomake) <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Alkoholi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Muut huumeet ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?	Muut huumeet raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?
Tupakointi ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk	Tupakointi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä. kpl/vrk										
Nuuska ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Nuuska raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä										
Kannabis ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk	Kannabis raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kpl/vrk										
Alkoholi ennen raskautta (täytä audit-lomake) <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Alkoholi raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä										
Muut huumeet ennen raskautta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?	Muut huumeet raskauden aikana <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitkä?										
Tuberkuloosi- rokotus	<p data-bbox="316 1503 1520 1603">Vastasyntyneen tuberkuloosirokotustarpeen selvittämiseksi haluamme tietää, onko jompi kumpi tulevista vanhemmista syntynyt ulkomailla? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, missä maassa? _____</p> <p data-bbox="316 1641 1520 1715">Oletteko lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana muuttamassa yli kuukaudeksi ulkomaille? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mihin maahan? _____</p> <p data-bbox="316 1753 1520 1827">Onko kenelläkään perheessänne todettu tuberkuloosia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, kenellä? _____</p>										
Suostumus	<p data-bbox="316 1901 1520 1928">Annamme suostumuksemme siihen, että terveystiedot siirretään äitiys- ja lastenneuvolan asiakirjoihin.</p> <p data-bbox="316 1935 1520 1995"><input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Äidin allekirjoitus _____ <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Isän/puolison allekirjoitus _____</p> <p data-bbox="316 2047 1520 2074">Päiväys _____</p>										