

Mor	Fødselsnr. (11 siffer)	Far/medmor	Fødselsnr. (11 siffer)	HELSEKORT FOR GRAVIDE (Se veileder for utfylling av helsekort for gravide IS-2199)	
Navn		Navn		Navn fastlege	Navn jordmor
Adresse		Adresse		Sted	Sted
Postnr.	Poststed	Stilling/yrke	Telefon	Telefon	Telefon
Sivilstatus	Utdanning (høyest fullførte)	Yrkesaktiv siste 6 mnd.	Stillings-%	Landbakgrunn	Mor
<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Grunnskole	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Videregående	Stilling/yrke			Språk
<input type="checkbox"/> Ugift/enslig	<input type="checkbox"/> Høyere utd.	Type bedrift		Tro og livssyn	Mor
<input type="checkbox"/> Annet					Far/medmor

Tidligere svangerskap	Merknader tidligere sv.sk. (Årstall, fødested, flerfødler, fødselsvekt, sv.sk.varighet, komplikasj., preeklampsi, operative forløsninger, misdannelser, ammeerf.)				
Totalt antall sv.sk. <input type="checkbox"/> Spont.ab. <input type="checkbox"/>					
Lev. født <input type="checkbox"/> Ex. u. <input type="checkbox"/>					
Dødfødt ≥ 500 g/22 u. <input type="checkbox"/>					

Tidligere/nåværende sykdommer	Arvelige sykd.	Merknader/annet	Legemidler <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til Medikament
<input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Diabetes/sv.sk.dia.	<input type="checkbox"/> Autoimmun sykdom <input type="checkbox"/> Ingen kjente		
<input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Allergi	<input type="checkbox"/> Gyn. sykd./opr. <input type="checkbox"/> Ja, se merkn.		
<input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Psykisk helse <input type="checkbox"/> Foreldre i slekt		
<input type="checkbox"/> Nyre/urinv. <input type="checkbox"/> Trombose/behandling	<input type="checkbox"/> Annet, se merkn. <input type="checkbox"/> Hofteleddsdisplasi		

Levevaner	Nei	Av og til	Dagl.	Sluttet i sv.sk.	Ant. daglig
Røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigaretter Snus Alkohol
Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved 1. kontroll <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alkoholforbr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved ca. 36. uke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andre rusmidl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Annet om levevaner (se veileder IS-2199)					

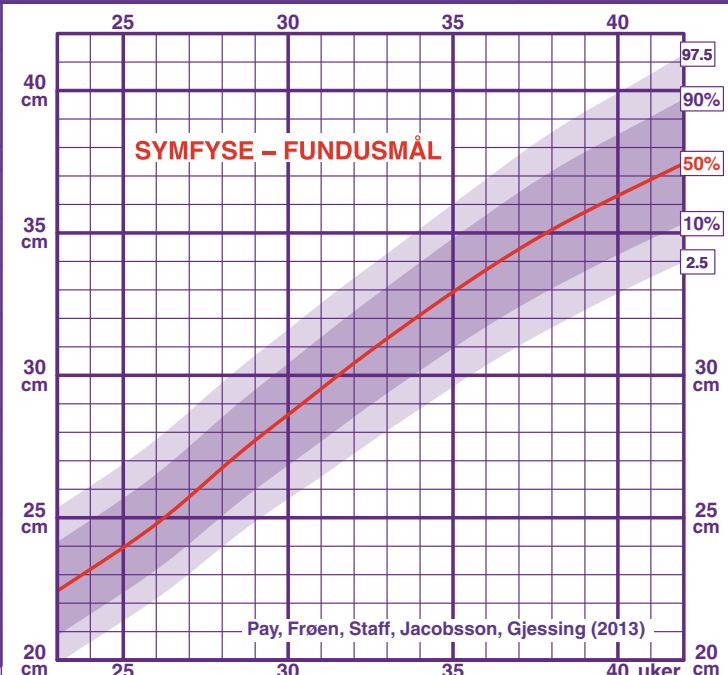
Aktuelt svangerskap	Ultralyd termin	Fosterdiagnostikk på indikasjon
Siste mens <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Termin <input type="checkbox"/>	Når korrigert <input type="checkbox"/>	Assistert befruktning
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Dato <input type="checkbox"/>
		Flerlinger <input type="checkbox"/>

Rutineprøver	Prøve på indikasjon
Dato <input type="checkbox"/>	Rubella antistoff <input type="checkbox"/> ikke påvist <input type="checkbox"/> påvist
ABO RhD <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.	MRSA <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Kun RhD-neg. gravide	Hepatitt C <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Foster RhD (anbef. tatt i u. 24)	Hepatitt B <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> ikke tatt	Toksoplasmose <input type="checkbox"/>
RhD-profylakse gitt: (anbef. gitt i u. 28)	Klamydia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ferritin <input type="checkbox"/>
Dersom foster-RhD-typing ikke er utført:	Gr.B streptokokker (GBS) <input type="checkbox"/>
Kontroll anti-stoffscreening <input type="checkbox"/> 32. u. <input type="checkbox"/> 36. u.	
Blodtypeantistoff <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, se merkn.	

Merknader

Før svangerskap	Glukosebelastning
Høyde <input type="checkbox"/> Vekt <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/>	Dato <input type="checkbox"/> Sv.sk.u. <input type="checkbox"/> Fastende <input type="checkbox"/> 2 timer <input type="checkbox"/>

Dato	Uke	Vekt	BT	Hb	Urin	Ødem 0/1/2/3	*Leie/Beveg.	Fl./min.	Kjenner liv	Med. +/-	I jobb %



Seleksjon fødested	Sted og grunnlag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ammeveiledning
Helsestasjon etter fødsel	Navn, adr. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fødselsforb. kurs
		<input type="checkbox"/> Farskaperklæring utfylt
*Leie: H = hodeleie, S = seteleie, T = tverleie Beveg.: B = bevegelig, F = festet	Tilleggsoppfølging <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Spes. polikl.	Kontinuasjonsark <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja