

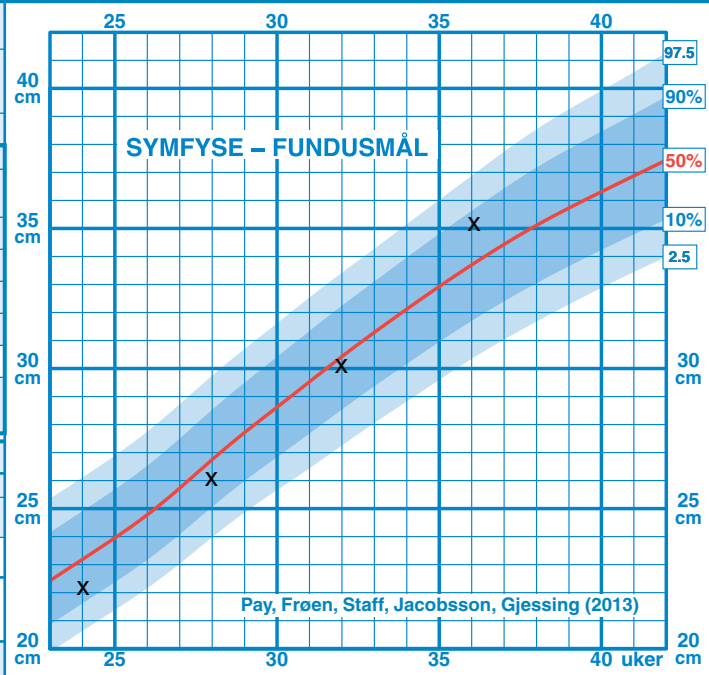
HELSEKORT FOR GRAVIDE

(Se veiledning for helsekort IS-2713)

Helsekortet må tas med på hver konsultasjon og til fødsel

Bring this health card for all consultations and for labor

Mor	Fødselsnr./D-nummer (11 siffer) 160279-22222	Far/medmor	Fødselsnr./D-nummer (11 siffer) 100489-11111										
Navn Else Lia Bakken	Telefon 55555555	Navn Sahira Ahmed	Telefon 55555555										
Adresse Alley 4	Postnr. Poststed 1234 Town	Full adresse Alley 4, 1234 Town	Stilling/yrke Librarian										
Fastlege H. Ealu	Jordmor B. Lessu	Sted Town Med. Centre	Telefon										
Sivilstatus	Høyeste utdanning	Yrkesaktiv siste 6 mnd.	Mor landbakgrunn Norway										
<input checked="" type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Grunnskole	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Språk Norwegian										
<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Videregående	Yrke/bransje Engineer	<input type="checkbox"/> Behov for tolk										
<input type="checkbox"/> Ugift/enstlig <input type="checkbox"/> Annet	<input checked="" type="checkbox"/> Høyere utd.	Prosent 100	Språk Norwegian										
Tidligere svangerskap	Merknader tidligere sv.sk. Elias-17, healthy												
Totalt antall sv.sk. 3 Spont.ab. <input type="checkbox"/>													
Lev. født 1 Ex. u. <input type="checkbox"/>													
Dødfødt ≥ 500 g/22 u. <input type="checkbox"/>													
Tidligere/nåværende sykdommer	Arvelige sykd.	Merknader/annet											
<input type="checkbox"/> Intet spesielt <input type="checkbox"/> Diabetes/sv.sk.dia. <input type="checkbox"/> Autoimmun sykdom	<input checked="" type="checkbox"/> Ingen kjente	Depression 2006, medically treated											
<input type="checkbox"/> Hjertesykdom <input type="checkbox"/> Allergi/astma <input type="checkbox"/> Gyn. sykdom./opr.	<input type="checkbox"/> Ja, se merkn.												
<input type="checkbox"/> Hypertensjon <input type="checkbox"/> Epilepsi <input checked="" 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"/> Hofteledds dysplasi												
Levevaner	Ant. daglig	Mother has had a deep venous thrombosis											
Røyking <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Dagl. <input type="checkbox"/> Sluttet i sv.sk. <input type="checkbox"/>	Sigaretter <input type="checkbox"/> Snus <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/>												
Snus <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Dagl. <input type="checkbox"/> Sluttet i sv.sk. <input type="checkbox"/>	Ved 1. kons. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Alkoholforbr. <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Dagl. <input type="checkbox"/> Sluttet i sv.sk. <input type="checkbox"/>	Ved ca. 36. uke <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
Andre rusmidl. <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Dagl. <input type="checkbox"/> Sluttet i sv.sk. <input type="checkbox"/>	Notater	<input checked="" type="checkbox"/> Legemiddelallergi											
<input type="checkbox"/> Levevaner: <input type="checkbox"/> Notater		<input type="checkbox"/> Folat											
		<input type="checkbox"/> Før svangerskap											
		<input checked="" type="checkbox"/> I svangerskap											
Aktuelt svangerskap	Ultralyd termin	Fosterdiagnostikk på indikasjon											
Siste mens 01.09.20	11.06.21	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei											
Termin 10.06.21	Når korrigert 13.01.21	Assistert befruktning											
		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei											
		Dato											
		Flerlinger											
Anbefalte prøver i første trimester	Prøver ved behov												
Hb Provesvar 12.5	Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>												
S-Ferritin Provesvar	Klamydia <input type="checkbox"/>												
Hepatitt B (HBsAg) <input checked="" type="checkbox"/> Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Toksoplasmose <input type="checkbox"/>												
Hepatitt B (Anti-HBc) <input checked="" type="checkbox"/> Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Rubella antistoff <input type="checkbox"/>												
HIV <input checked="" type="checkbox"/> Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Hepatitt C <input type="checkbox"/>												
Syfilis <input checked="" type="checkbox"/> Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	MRSA/VRE/ESBL <input type="checkbox"/>												
ABU <input type="checkbox"/> Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	HbA1c Provesvar 32 mmol/mol												
ABO/Rh Provesvar 0 neg	Glukosebelastning (uke 24-28)												
	Fastende 4,3 2 timer 7,1 Dato 26.02.20												
Blodtypeantistoff <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke utført kontroll antistoff													
RhD-negativ gravid													
Foster-RHD uke 24 <input checked="" type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/>	RhD-profylakse gitt uke 28 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>												
Samtykke om test av foster-RHD <input type="checkbox"/> Sign.													
Resultat dato	Merknader (blodtypeantistoff, GBS, annet)												
Før svangerskap Høyde 163	Vekt 70	KMI 26,3											
Dato	Uke	Vekt	BT	U-Prot	Ødem 0/1/2/3	Pres/leie	Fl./min.	Kjenner liv	Legem. +/-	I jobb %	Notater	Sign.	
11.11.	10+1		100/65	L+1	0						OK		
18.02.	24+1		102/60	L+1	0			+			Test for asymptomatic bacteriuria		
19.03.	28+2		95/56	neg	1			+			Back pain. 50 % sick leave		
15.04.	32+1		104/70	P+1	0-1			+			Tired. Test for asymptomatic bacteriuria		
12.05.	36+0		114/70	P+2	1	HB		+			Tired. Otherwise fine		
03.06	39+1												
<input type="checkbox"/> Ammeveiledning <input type="checkbox"/> Fødselsforberedende samtale <input type="checkbox"/> Farskaps erklæring utfyllt												Tabellen fortsetter på baksiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Fødeavdeling, telefon						Helsestasjon, adresse, telefon							



IS-2714 Helsedirektoratet 4-2018

