

# 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) 160100-44444	Far/medmor	Fødselsnr./D-nummer (11 siffer) 300492-
Navn Rose Gladstone	Telefon 55522211	Navn Victor Okonjo	Telefon +234 23233344
Adresse Street 2	Postnr. 2222	Full adresse Nigeria	Stilling/yrke Student
Poststed Town			
Fastlege H.Ealu	Jordmor B.Lessu	Sted Town Med. Center	Telefon 33344456
		Sted Town Health Center	Telefon 66443300

<b>Sivilstatus</b>	<b>Høyeste utdanning</b>	<b>Yrkesaktiv siste 6 mnd.</b>	Mor landbakgrunn	Språk
<input checked="" type="checkbox"/> Gift	<input checked="" type="checkbox"/> Grunnskole	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Nigeria	English
<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Videregående	Yrke/bransje		Behov for tolk
<input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Høyere utd.	Cleaner	Prosent 100	English
			Far/medmor landbakgrunn	
			Nigeria	

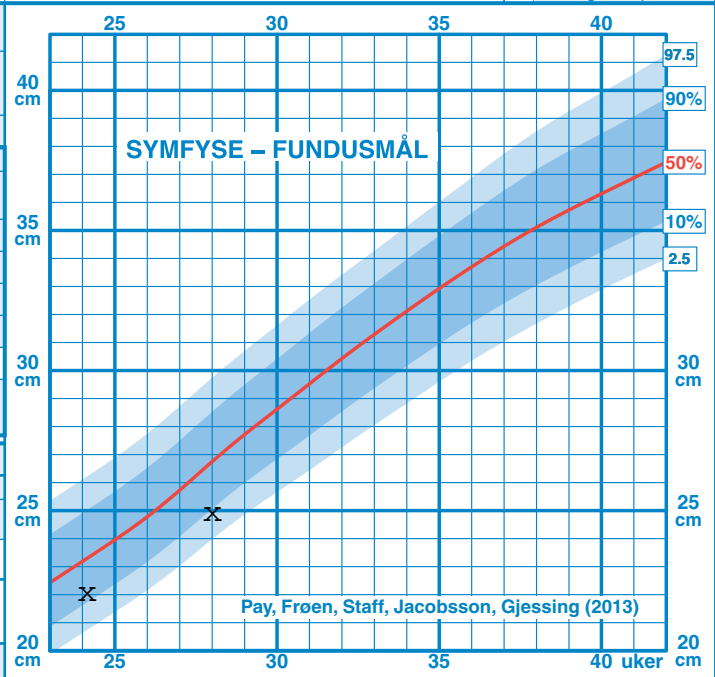
<b>Tidligere svangerskap</b>	<b>Merknader tidligere sv.sk.</b>
Totalt antall sv.sk. <input type="text" value="5"/> Spont.ab. <input type="text" value="4"/>	-Ullevål 2019, twins, 2790 g and 2540 g. Week 37. Preeclampsia. Vacuum twin 2. No breast feeding
Lev. født <input type="text" value="2"/> Ex. u. <input type="text"/>	
Dødfødt ≥ 500 g/22 u. <input type="text"/>	

<b>Tidligere/nåværende sykdommer</b>	<b>Arvelige sykd.</b>	<b>Merknader/annet</b>	<b>Legemidler</b>
<input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Ingen kjente	Allergic to citrus	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til
<input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Ja, se merkn.		Legemidler
<input type="checkbox"/> Hypertensjon	<input type="checkbox"/> Foreldre i slekt		
<input type="checkbox"/> Nyre/urinv.	<input type="checkbox"/> Hofteledds dysplasi		

<b>Levevaner</b>	Nei	Av og til	Dagl.	Sluttet i sv.sk.	Ant. daglig
Røyking	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigaretter Snus Alkohol
Snus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved 1. kons. <input type="text" value="10"/>
Alkoholforbr.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved ca. 36. uke <input type="text"/>
Andre rusmidl.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Levevaner:	Notater				

<b>Aktuelt svangerskap</b>	<b>Ultralyd termin</b>	Fosterdiagnostikk på indikasjon
Siste mens <input type="text" value="1 8 1 0 2 0"/>	<input type="text" value="0 9 0 8 2 1"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Termin <input type="text" value="2 7 0 7 2 1"/>	Når korrigert <input type="text" value="0 3 0 3 2 1"/>	Assistert befruktning
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Dato
		Flerlinger

<b>Anbefalte prøver i første trimester</b>	<b>Prøver ved behov</b>
Hb Provesvar <input type="text" value="10,1"/>	Klamydia Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>
S-Ferritin Provesvar	Toksoplasmose Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>
Hepatitt B (HBsAg) Ikke påvist <input checked="" type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Rubella antistoff Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>
Hepatitt B (Anti-HBc) Ikke påvist <input checked="" type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Hepatitt C Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>
HIV Ikke påvist <input checked="" type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	MRSA/VRE/ESBL Ikke påvist <input type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>
Syfilis Ikke påvist <input checked="" type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	HbA1c Provesvar <input type="text" value="40 mmol/mol"/>
ABU Ikke påvist <input checked="" type="checkbox"/> Påvist <input type="checkbox"/>	Glukosebelastning (uke 24-28)
ABO/Rh Provesvar <input type="text" value="AB+"/>	Fastende <input type="text" value="5,4"/> 2 timer <input type="text" value="8,6"/> Dato <input type="text" value="15.04.21"/>



<b>RhD-negativ gravid</b>
Foster-RHD uke 24 <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv
RhD-profylakse gitt uke 28 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Samtykke om test av foster-RHD <input type="checkbox"/> Sign.

<b>Resultat dato</b>	<b>Merknader</b> (blodtypeantistoff, GBS, annet)
	Single umbilical artery

For svangerskap										Notater		Sign.
Dato	Uke	Vekt	BT	U-Prot	Ødem 0/1/2/3	Pres/leie	Fl./min.	Kjenner liv	Legem. +/-	I jobb %		
05.01.	11+2	135/88	neg	0					-	100		
12.04	24+1	120/80		0		+	+		-	100		
11.05	28+2	124/83	neg	1		+	+		-	100		
03.06	31+3											

<input type="checkbox"/> Ammeveiledning	<input type="checkbox"/> Fødselsforberedende samtale	<input type="checkbox"/> Farskaps erklæring utfyllt	<b>Tabellen fortsetter på baksiden</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

