

		<b>ESITIEDOT NEUVOLAAN</b> <b>Hyvät tulevat vanhemmat!</b> <b>Täyttäkää lomake ja tuokaa mukanaan neuvolaan</b>	
Nimi		Henkilötunnus	
Osoite		Äidinkieli	Syntymäpaikka
Puhelin (gsm, työ)		S-postiosoite	
Ammatti, työmuoto (päivä-, vuorotyö)		Työnantaja	
Partnerin nimi		Henkilötunnus	
Osoite, jos eri kuin äidillä		Äidinkieli	
Puhelin (gsm, työ)		Ammatti, työmuoto, työnantaja	

Avioliitto     
 Avioliitto     
 Muu

#### Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset

Päivämäärä	Aiempi raskaus päättynyt rask.vk	Raskauden kesto vk	Sukupuoli T/P	Syntymäpaino g	Synn. kesto tuntia	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan kulku	Täysi-imetyys kk	Kokonais-imetyksen kesto kk	Synnytys missä

Muut lapset (nimi, ikä)

#### Elintavat ja tottumukset

Syön päivittäin <input type="checkbox"/> Aamiainen <input type="checkbox"/> Lounas <input type="checkbox"/> Päivällinen <input type="checkbox"/> Iltapala		Käytän maitotuotteita päivittäin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En	
Erityisruokavalio			
Liikunta <input type="checkbox"/> Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/> Ei		Liikuntamuoto	
Kumppanin elintavat			
<input type="checkbox"/> Aamiainen <input type="checkbox"/> Lounas <input type="checkbox"/> Päivällinen <input type="checkbox"/> Iltapala			
Kumppanin liikunta <input type="checkbox"/> Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/> Ei		Liikuntamuoto	

**KÄÄNNÄ**

Viimeiset kuukautiset, pvm	Kuukautiskierto _____ vrk Kuukautisvuoto _____ vrk	Kuukautiskierto säännöllinen/epäsäännöll.	Viimeinen PAPA-koe pvm/vuosi
Pituus ja paino ennen raskautta _____ cm _____ kg	Ehkäisy ennen raskautta., mikä?	Viimeisin gynekologinen tutkimus	Edeltänyt lapsettomuushoito, mikä?

### Terveystila/Sairaudet

Raskauden kannalta merkittävät sairaudet ja leikkaukset

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Suolistosairaus	<input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/> Vihurirokko/MPR-rokotus
<input type="checkbox"/> Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> Tromboembolia	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus	<input type="checkbox"/> Vesirokko/rokotus
<input type="checkbox"/> Sydänvika/-tauti	<input type="checkbox"/> Trombofilia	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Virtsatietulehdus
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Kilpirauhasen toimintahäiriö		<input type="checkbox"/> Inkontinenssi
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Genitaalierpes	<input type="checkbox"/> Verensiirto	<input type="checkbox"/> Kondylooma
<input type="checkbox"/> Munuaistauti	<input type="checkbox"/> C-hepatiitti	<input type="checkbox"/> Syömishäiriö	<input type="checkbox"/> Tippuri
<input type="checkbox"/> Maksasairaus	<input type="checkbox"/> B-hepatiitti	<input type="checkbox"/> Kasvaimet	<input type="checkbox"/> Klamydia
<input type="checkbox"/> Psykkinen sairaus	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Kehitysvamma	<input type="checkbox"/> Leikkaukset
<input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> Ympärileikkaus	<input type="checkbox"/> Hormonihoito	_____
<input type="checkbox"/> Lääkeaineallergia	<input type="checkbox"/> Työperäinen riski	<input type="checkbox"/> Sairaanhoido ulkomailta	

Muuta:

Lääkitys
Lisäravinteet/Vitamiinit
Partnerin terveydentila/sairaudet
Perheen terveydentila/sairaudet joilla on mahdollisesti merkitystä raskaudelle

Oma arviiosi terveydentilastasi tällä hetkellä? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Millaisia tunteita raskaus teissä herättää? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Onko sinulla tai partnerillasi raskauteen tai synnytykseen liittyviä pelkoja? Millaisia?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Odotuksia ja toivomuksia äitiysneuvolalta?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_