

ÄIDIN TIEDOT	Sukunimi (myös entiset)					Etunimi					
	Osoite					Henkilötunnus					
	Puhelin (työ,koti,gsm)			Sähköpostiosoite			Äidinkieli				
	Perhesuhde (avio-, avoliitto, muu)			Ammatti			Työnantaja				
	Syntymäkunta			Asuinkunta							
PUOLISON/ LAPSEN ISÄN TIEDOT	Nimi					Syntymäaika					
	Osoite					<input type="checkbox"/> osoite sama kuin asiakkaalla					
	Puhelin (työ,koti,gsm)					Ammatti					
ESITIEDOT	Onko tämä ensimmäinen raskautenne?			Kuukautiset			Ikä				
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			<input type="checkbox"/> säännölliset <input type="checkbox"/> epäsäännölliset							
	Viimeiset kuukautiset, pvm			Kuukautiskierto, vrk			Viimeinen PAPA, pvm				
	Pituus ja paino ennen raskautta _____ cm _____ kg			Edeltänyt ehkäisy, mikä?			Lopetettu, pvm.			<input type="checkbox"/> ei ehkäisyä	
Edeltänyt lapsettomuushoito, mikä?											
AIKAISEMMAT RASKAUDET JA SYNNYTYKSET	Vuosi	Keskey- tynyt raskaus/ vko	Suku- puoli	elää(e) kuollut (k)	Synt. paino	Rask. / synnytyksen kulku	Rask. kesto (vko)	Synnyt kesto (h)	Imetyk kesto	Synn. sairaala	
PERHEEN MUUT LAPSET											
LIIKUNTA	Äiti/ennen raskautta			Äiti/raskauden aikana			Puolison liikuntatottumukset				
RAVITSEMUS	<input type="checkbox"/> Normaali sekaruokavalio					<input type="checkbox"/> Erikoisruokavalio, mikä?					
Käytän maitotuotteita Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/>											

	Ateriarytmini on säännöllinen Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>				Syön aamupalan Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Joskus <input type="checkbox"/>			
	Käytössä olevat lisäravinteet (vitamiinit yms):							
	Koen kaipaavani raskaudenajan ravitsemuksen suhteen ohjausta ja tukea Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>							
	Edellinen suun terveydentarkastus / hammashoitolakäynti:				pvm/vuosi			
TEIDÄN JA LAPSEN ISÄN MERKITTÄVÄT SAIRAUDET Ä = Äiti I = Isä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsia	Ä <input type="checkbox"/> virtsatie tulehdus	Ä (synnytyselinten sairaudet)				<input type="checkbox"/> leikkaukset
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verenpainetauti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> reuma	<input type="checkbox"/> kasvaimet			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allergia (myös lääkeaineallergia)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> synn. epämuodostuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> leikkaukset	<input type="checkbox"/> sukupuolitauti				<input type="checkbox"/> muuta, mitä?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> munuaistauti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vammaisuus/aistivika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> herpes genitalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vesirokko (sairastanut)	<input type="checkbox"/> vihurirokko (sairastanut)				<input type="checkbox"/> verensiirto
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sydänvika/sairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hepatiitti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> veren hyytymishäiriö					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maksasairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muuta, mitä?							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keuhkosairaus								
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> suolistosairaus								
	Äidin sairauksista ja hoitopaikoista, lisätietoja:							
	<input type="checkbox"/> olen saanut rokotusohjelman mukaiset rokotukset							
	Lääkitys (myös epäsäännöllisessä käytössä olevat lääkkeet)							
	Lähisuvussa esiintyvät merkittävät sairaudet (esim diabetes): Äidin suku				Isän suku			
RASKAUTEEN LIITTYVÄT HUOLET	Herättääkö raskaus ja/tai lapsen syntymä teissä huolia (esimerkiksi terveyteen-, elämäntilanteeseen-, tulevaan lapseen-, raskausaikaan- tai synnytykseen liittyen)?							
ODOTUKSIA JA TOIVEITA NEUVOLALLE	Äiti				Isä			