

NEUVOLAN NIMI:

Jos tarvitset apua lomakkeen täyttämässä, kysy ohjeita neuvolan terveydenhoitajalta

Henkilötiedot	Suku- ja etunimet			Henkilötunnus		Syntymäpaikka	
	Ammatti		Kotikunta			<input type="checkbox"/> Srk <input type="checkbox"/> Siv.rek	
	Ikä	Raskauksien/synnytysten lukumäärä /	Perhesuhde <input type="checkbox"/> Avioliitto	<input type="checkbox"/> Avoliitto	<input type="checkbox"/> muu, mikä		
	Osoite					Puhelinnumero	
	Äidinkieli:			Aikaisemmin hoidettu Lohjan sairaalassa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei			
Puolison/yhteyshenkilön nimi			Puhelinnumero				
Vanhempien merkittävät sairaudet	Ä	I	Ä	I	Ä	Äidin synnytyselinten sairaudet	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sokeritauti <input type="checkbox"/> verenpainetauti <input type="checkbox"/> sydänvika <input type="checkbox"/> allergia <input type="checkbox"/> munuaistauti <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> maksasairaus		<input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> psyykkinen sairaus <input type="checkbox"/> synnynnäinen epämuodostuma <input type="checkbox"/> liikuntavammaisuus <input type="checkbox"/> herpes genitalis <input type="checkbox"/> muuta		<input type="checkbox"/> virtsatietulehdus <input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> leikkaus <input type="checkbox"/> vesirokko <input type="checkbox"/> parvorokko <input type="checkbox"/> verensiirto		<input type="checkbox"/> leikkaus <input type="checkbox"/> kasvain <input type="checkbox"/> infertilitteetti <input type="checkbox"/> hormonihoitot <input type="checkbox"/> sukupuolitaudit <input type="checkbox"/> muuta	
Lisätietoja äidin sairauksista ja hoitopaikoista Edellisillä lapsilla esiintyvät sairaudet tai rakennepoikkeavuudet Suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet							
Terveystottumukset	Ennen raskautta	Tupakointi <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	määrä kpl/vrk	Alkoholi <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	määrä / viikko	Huumeiden käyttö <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Muutokset terveyskäyttäytymisessä
	Raskauden aikana	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	määrä kpl/vrk	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	määrä/ viikko	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
Toivomuksia synnytysosastolle							
Aikaisemmat imetykset/ toiveet imetyksestä							

Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset	Vuosi	Raskausviihkö	Keskenmeno Aap	Sukupuoli	Synt. paino	Elää (e) Kuoll. synt. (k.s) Kuoll. (k)	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen kulku	Synn. kesto (t)	Imetys (kk)	Missä hoidettu	
Nykyinen raskaus	Viimeiset kuukautiset pvm:		Kuukautiskierto vrk		<input type="checkbox"/> säännöllinen <input type="checkbox"/> epäsäännöllinen		Laskettu aika				
							UÄ:n mukaan		kk:sta		
	Edeltänyt lapsettomuushoito <input type="checkbox"/> hormonihoido <input type="checkbox"/> koeputkihedelmöitys <input type="checkbox"/> muu, mikä:										
	Raskauskomplikaatiot <input type="checkbox"/> verenvuotoa <input type="checkbox"/> gestatiidiabetes <input type="checkbox"/> leikkaus, tapaturma, ym <input type="checkbox"/> sairaalahoitoa vaatinut pahoinvointi <input type="checkbox"/> hepatoosi <input type="checkbox"/> valkuaista virtsassa <input type="checkbox"/> virus- tai kuumetauteja <input type="checkbox"/> hoitoa vaativia supistuksia <input type="checkbox"/> herpes genitalis <input type="checkbox"/> ihottumaa <input type="checkbox"/> ennenaikainen vedenmeno <input type="checkbox"/> laskimotukos <input type="checkbox"/> emätintulehduksia <input type="checkbox"/> verenvuotoa <input type="checkbox"/> kohonnut verenpaine <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> sikiön pienikokoisuus <input type="checkbox"/> päänsärkyä <input type="checkbox"/> sokerirasitus tehty: <input type="checkbox"/> keuhkoveritulppa <input type="checkbox"/> näköhäiriöitä <input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/> virtsatietulehduksia <input type="checkbox"/> eklampsia (kouristus) <input type="checkbox"/> rask.vkot _____ <input type="checkbox"/> muita sairauksia 0h 1h 2h										
	Milloin ja missä hoidettu										
	Lääkehoito <input type="checkbox"/> psyykenlääke <input type="checkbox"/> verenpainelääke <input type="checkbox"/> antibiootti <input type="checkbox"/> supistuksia estävä <input type="checkbox"/> kipulääke <input type="checkbox"/> muu Lääkkeen nimi, annostus, milloin aloitettu:										
ALLAOLEVAN TÄYTTÄÄ NEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA/KÄTILO											
Pituus cm		Paino ennen raskautta kg				BMI					
Veriryhmä		Vasta-aineet		<input type="checkbox"/> Lapsivesipunktio Tulos:			<input type="checkbox"/> Istukkabiopsia Tulos:				
Seulontatutkimukset				normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/>		Muita alkuraskauden tutkimuksia					
<input type="checkbox"/> ei tehty <input type="checkbox"/> varhainen uä-seula__viikolla <input type="checkbox"/> veriiseula_____viikolla <input type="checkbox"/> keskiraskauden uä-seula__viikolla				normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Kardioliipiini <input type="checkbox"/> HIVAb <input type="checkbox"/> HBsAg		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HCVAAb <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> StreptoB		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Thorax-rtg pvm <input type="checkbox"/> Muu Mikä:		
Lisätietoja											