

NEUVOLAN NIMI:

Jos tarvitset apua lomakkeen täyttämiseksi, 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 = äiti I = isä	Ä <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	sokeritauti	Ä <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	epilepsia	Ä <input type="checkbox"/>	virtsatietulehdus	Äidin synnytyselinten sairaudet	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/>	kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/> leikkaus	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sydänvika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	psykkinen sairaus	<input type="checkbox"/>	reuma	<input type="checkbox"/> kasvain	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	synnynnäinen epämuodostuma	<input type="checkbox"/>	leikkaus	<input type="checkbox"/> infertilitteetti	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	munuaistauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	liikuntavammaisuus	<input type="checkbox"/>	vesirokko	<input type="checkbox"/> hormonihoito	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	herpes genitalis	<input type="checkbox"/>	parvorokko	<input type="checkbox"/> sukupuolitaudit	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maksasairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	muuta	<input type="checkbox"/>	verensiirto	<input type="checkbox"/> muuta	
	Lisätietoja äidin sairauksista ja hoitopaikoista									
	Edellisillä lapsilla esiintyvät sairaudet tai rakennepoikkeavuudet									
	Suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet									
Terveystottumukset	Ennen raskautta	Tupakointi	määrä kpl/vrk	Alkoholi	määrä / viikko	Huumeiden käyttö	Muutokset terveyskäyttäytymisessä			
		<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä				
	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	Raskausviikot	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 <input type="checkbox"/> säännöllinen vrk <input type="checkbox"/> epäsäännöllinen				Laskettu aika UÄ:n mukaan kk:sta				
	Edeltänyt lapsettomuushoito <input type="checkbox"/> hormonihoito <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"/> normaali <input type="checkbox"/> poikkeava			<input type="checkbox"/> keuhkoveritulppa			<input type="checkbox"/> näköhäiriöitä					
rask.vkot _____			<input type="checkbox"/> virtsatietulehduksia			<input type="checkbox"/> eklampsia (kouristus)					
0h 1h 2h			<input type="checkbox"/> muita sairauksia								
Milloin ja missä hoidettu											
Lääkehoito <input type="checkbox"/> psykykenlääke <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/KÄTILÖ											
Pituus cm		Paino ennen raskautta kg				BMI					
Veriryhmä		Vasta-aineet		<input type="checkbox"/> Lapsivesipunktio			<input type="checkbox"/> Istukkabiopsia				
				Tulos:			Tulos:				
Seulontatutkimukset						Muita alkuraskauden tutkimuksia					
<input type="checkbox"/> ei tehty		<input type="checkbox"/> varhainen uä-seula ___viikolla		normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> veriseula _____viikolla		normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> keskiraskauden uä-seula ___viikolla		normaali <input type="checkbox"/> poikkeava <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Kardioliipiini		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HCVAb		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Thorax-rtg pvm			
<input type="checkbox"/> HIVAb		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Klamydia		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Muu Mikä:			
<input type="checkbox"/> HBsAg		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> StreptoB		Neg <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>					
Lisätietoja											