



KUOPIO

Kuopion kaupunki

Esitietolomake

Äitiysneuvola

____ / ____ 20 ____

ÄIDIN TIEDOT	Sukunimi (myös entiset)		Etunimet	
	Osoite		Postinumero ja -toimipaikka	Henkilötunnus
	Puhelin (koti, työ)		Sähköpostiosoite	Äidinkieli
	Perhesuhde (avio-, avoliitto, muu)		Ammatti	Työnantaja
	Syntymäkunta		Koti-/asuinkunta	
PUOLISON/ LAPSEN ISÄN TIEDOT	Nimi			Syntymäaika
	Puhelin ja osoitetiedot <input type="checkbox"/> Osoite sama kuin asiakkaalla			Ammatti
PERHE- YHTEISÖ	Talouteenne kuuluvien lasten lukumäärä _____		Perheeseen kuuluvien lasten nimet ja iät _____	
KUUKAUTIS- TIEDOT	Viimeiset kuukautiset, pvm _____		Raskauskoe positiivinen, pvm _____	
	Kuukautiskierron pituus _____ vrk			
	Kuukautiskierto <input type="checkbox"/> säännöllinen <input type="checkbox"/> epäsäännöllinen			
Pituus _____ cm ja paino _____ kg ennen raskautta				
EHKÄISY	Raskautta edeltänyt ehkäisy, mikä? _____ _____			
	Ehkäisy lopetettu, milloin? (kk/vuosi) _____ _____			
	Viimeinen papa-koe, (kk/vuosi) _____			
	Edeltänyt lapsettomuushoito, mikä? _____ _____ _____			

AIKAISEMMAT RASKAUDET JA SYNNYTYKSET	Vuosi	Keskeytynyt raskausviikko	Sukupuoli	Elää (E) Kuollut (K)	Syntymäpaino g	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen kulku	Raskauden kesto, vk	Synnytyksen kesto, h	Imetyksen kesto, kk	Missä synnytys hoidettu

VANHEMPIEN MERKITTÄVÄT SAIRAUDET Ä = ÄITI I = ISÄ	Ä I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verenpainetauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sydänsairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> munuaistauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maksasairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psyykinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> syömishäiriö	Ä I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allergia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> suolistosairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genitaalierpes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> puheen-/oppimisen vaikeus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keskittymisvaikeus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vammaisuus/aistivika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muuta	Ä <input type="checkbox"/> virtsatieulehdus <input type="checkbox"/> kilpirauhassairaus <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> leikkaukset <input type="checkbox"/> vesirokko <input type="checkbox"/> MPR-rokote x 2 <input type="checkbox"/> verensiirto <input type="checkbox"/> tukostaipumus <input type="checkbox"/> työperäinen riski	Synnyttelinten sairaudet Ä <input type="checkbox"/> leikkaukset <input type="checkbox"/> kasvaimet <input type="checkbox"/> infertiliiteetti <input type="checkbox"/> hormonihoito <input type="checkbox"/> sukupuoliteitse tarttuvat taudit <input type="checkbox"/> sairaalahoidot ulkomailla <input type="checkbox"/> muuta
	Lisätiedot äidin sairauksista ja hoitopaikoista			
	Lääkitys			
	Suvun merkittävät sairaudet (epämuodostumat, perinnölliset sairaudet: esim. tyypin 2 diabetes, kilpirauhassairaudet, laskimotukostaipumus, perinnöllinen hyperkolesterolemia)			

TERVEYS-TOTTUMUKSET Ä = ÄITI I = ISÄ	Ennen raskautta			Raskauden aikana			Liikunta
	Tupakointi/nuuska	Alkoholi	Huumeiden käyttö/kokeilu	Tupakointi/nuuska	Alkoholi	Huumeiden käyttö/kokeilu	
	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä Fagerström-testi pistettä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä Audit-testi pistettä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kyllä	

RAVITSEMUS, RUOKAVALIO <input type="checkbox"/> Normaalii <input type="checkbox"/> Erikoisruokavalio, mikä _____	Viimeisin hammashoito, vuosi Ä _____ I: _____
--	---

RASKAUS Oma arvio terveydestäsi tällä hetkellä _____	Onko sinulla raskauteen tai synnytykseen liittyviä pelkoja, millaisia? _____
--	--

ODOTUKSIA JA TOIVOMUKSIA ÄITIYS-NEUVOLALTA	_____ _____ _____
---	-------------------------