

Hälsodeklaration inför preventivmedelsrådgivning
Masthugget gynekologi- och obstetrikmottagning
Namn: **Person.nr:**

Längd:cm **Vikt:**kg **Röker:**cig/dag

Allergi mot läkemedel:

Aktuella mediciner:

Egna sjukdomar

	Ja	Nej	År/ övrig kommentar		Ja	Nej	År/ övrig kommentar
Diabetes				Magsäcksoperation			
Blodpropp				Stora åderbräck			
Gynekologisk sjukdom				Migrän med aura/ ögonmigrän			
Hjärt/kärlsjukdom				Tarmsjukdom			
Psykiska besvär				Reumatisk sjukdom			
Epilepsi				Blodbrist			
Familjär hyperlipidemi				Porfyri			
Leversjukdom				Cancer			

Övriga sjukdomar:

Sjukdomar hos biologiska föräldrar och syskon

	Vet ej	Nej	Ja	Vem	Ålder vid insjuknande
Blodpropp, ex i ben, lunga					
Stroke eller hjärtinfarkt					

Senaste menstruationens första dag

Började vidårs ålder. **Pågår**.....dagar och kommer var.....-e dag.

Utan preventivmedel är mensesn: Regelbunden Oregelbunden Smärtsam Ej smärtsam Riklig Ej riklig

Graviditet

	År	Ev komplikation
Missfall		
Legal abort		
Utomkvedshavandeskap		
Förlossningar		

Tidigare preventivmedel

	Antal år	Sort
P-piller/p-plåster/p-ring		
Spiral		
P-stav		
Kondom		
Annat		