



Terveystietojen antaja: _____

Esitiedot	Etunimet		Sukunimi (myös entiset)			Henkilötunnus				
	Osoite									
	Puhelin (työ, koti, gsm)			Sähköpostiosoite			Äidinkieli			
	Perhesuhde (avio-, avoliitto, muu)			Ammatti			Työnantaja			
	Syntymäkunta			Asuinkunta			Seurakunta/siviilirekisteri			
Puolison/ Lapsen isän tiedot :	Nimi		Henkilötunnus			Ammatti/ Työnantaja				
	Isän puhelin ja osoitetiedot									
Osoite sama kuin asiakkaalla <input type="checkbox"/>										
Aikaisemmat raskaudet ja synnytykset	Vuosi	Keskey- tynyt raskaus- viikko	Suku- puoli	Elää (E) Kuollut (K)	Syntymä- paino, g	Raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen kulku	Raska- uden kesto vk	Synny- tyksen kesto, h	Imetyk- sen kesto, kk	Synnytyk- sairaala
Vanhempien merkittävät sairaudet	Ä=Äiti I= Isä			Ä=Äiti I= Isä			Äiti			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sokeritauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> verenpainetauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> allergia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> munuaistauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sydäntauti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maksasairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keuhkosairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsia			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neurologinen sairaus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psyykkiset sairaudet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> synnynnäiset epämuodostumat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vammaisuus/aistivika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> herpes genitalis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> muuta			<input type="checkbox"/> virtsatietulehdus <input type="checkbox"/> kilpirauhas sairaus <input type="checkbox"/> reuma <input type="checkbox"/> leikkaukset <input type="checkbox"/> vesirokko <input type="checkbox"/> vihurirokko <input type="checkbox"/> verensiirto <input type="checkbox"/> kasvaimet <input type="checkbox"/> infertilitiitti <input type="checkbox"/> hormonihoito <input type="checkbox"/> sukupuoliteitse tarttuvat taudit <input type="checkbox"/> muuta			
Äidin tiedot	Pituus ja paino ennen raskautta:		Viimeiset kuukautiset, päivämäärä: _____			Mikä ehkäisy on ollut käytössä ennen raskautta?				
	cm: _____ kg: _____		Kuukautiskierto: Säännöllinen <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen <input type="checkbox"/>			Ehkäisyn lopetus kuukausi/vuosi: _____ Viimeinen PAPA-koepäätelmä: : _____				



Terveystottumukset Ä = äiti I = isä	Ennen raskautta			Raskauden aikana		
	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö/ kokeilu	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö/ kokeilu
	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	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
	Äidin sairauksista ja hoitopaikoista lisätietoja					
	Lääkitys					
	Lähisuvussa esiintyvät merkittävät sairaudet					
Haluaako isä / kumppani olla mukana neuvolakäynneillä, perhevalmennuksessa, synnytyksessä?						
Mitä odotatte äitiysneuvolakäynneiltä?						
Minkälaisia tunteita raskaus teissä tällä hetkellä herättää?						
ALLEKIRJOITUS						
Päiväys Allekirjoitus						

Tietoturvasyistä emme ota lomakkeita vastaan sähköpostitse. Tuottehan täytetyn esitietolomakkeen mukaan neuvolaan ensikäynnille.