



<b>ÄIDIN TIEDOT</b>	Sukunimi (myös entiset)									
	Etunimet						Henkilötunnus			
	Osoite									
	Puhelin (työ, koti, gsm)			Sähköpostiosoite			Äidinkieli			
	Perhesuhde			Ammatti			Työnantaja			
	Syntymäkunta			Asuinkunta			Seurakunta / siviilirekisteri			
<b>PUOLISON / KUMPPANIN TIEDOT</b>	Nimi						Syntymäaika			
	Osoite <input type="checkbox"/> Osoite sama kuin asiakkaalla									
	Puhelin (työ, koti, gsm)					Ammatti				
<b>ESITIEDOT</b>	Onko tämä ensimmäinen raskautenne?			Ikä			Kuukautiset			
	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei						<input type="checkbox"/> säännölliset <input type="checkbox"/> epäsäännölliset			
	Viimeiset kuukautiset, pvm			Kuukautiskierto, vrk			Viimeinen PAPA, pvm			
	Pituus ja paino ennen raskautta cm kg			Edeltänyt ehkäisy, mikä?  Lopetettu, pvm:						
	Edeltänyt lapsettomuushoito <input type="checkbox"/> Keinoalkuinen hoito, mikä? <input type="checkbox"/> Muu, mikä?									
<b>AIKAISEMMAT RASKAUDET JA SYNNYTYKSET</b>	Vuosi (viimeisistä synnytyksestä, myös pvm)	Keskeytynyt raskaus (viikko)	Sukupuoli	Elää (e) Kuoll. synt. (ks) Kuoll. (k)	Syntymä-paino (g)	Raskauden, synnytyk-sen ja lapsi-vuoteen kulku	Raskauden kesto (vk)	Synnytyk-sen kesto (h)	Imetyksen kesto (kk)	Missä synnytys hoidettu
<b>TERVEYS-TOTTUMUKSET</b> Ä = äiti I = isä / kumppani	<b>Ennen raskautta</b>			<b>Raskauden aikana</b>			Liikuntaharrasteet			
	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö / kokeilu	Tupakointi	Alkoholi	Huumeiden käyttö / kokeilu				
	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Määrä kpl/vrk:	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Määrä viikko:	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Määrä kpl/vrk:	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Määrä viikko:	Ä / I <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä				
	Joudutteko päivittäin tupakansavulle alttiiksi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			Joudutteko päivittäin tupakansavulle alttiiksi? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä						
	<b>RAVITSEMUS, RUOKAVALIO</b> <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Erikoisruokavalio, mikä?									



<b>TEIDÄN JA LAPSENNE ISÄN TÄRKEIMMÄT SAIRAUDET</b> Ä = äiti I = isä	Ä / I	Ä / I	Ä	Ä (Synnytyselinten sairaudet)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Virtsatietulehdus	<input type="checkbox"/> Leikkaukset
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verenpainetauti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologinen sairaus	<input type="checkbox"/> Kilpirauhassairaus	<input type="checkbox"/> Kasvaimet
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psykkiset sairaudet	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Hormonihoidot
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Munuaistauti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Synn. epämuodostumat	<input type="checkbox"/> Leikkaukset	<input type="checkbox"/> Sukupuoliteitse tarttuvat taudit	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sydäntauti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vammaisuus/aistivika	<input type="checkbox"/> Vesirokko	<input type="checkbox"/> Muuta, mitä?	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maksasairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes genitalis	<input type="checkbox"/> Vihurirokko		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keuhkosairaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatiitti	<input type="checkbox"/> Verensiirto		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muuta, mitä?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV			
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?				
<b>ALLEKIRJOITUS</b> Päiväys            Allekirjoitus				

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