

Hälsodeklaration inför preventivmedelsrådgivning

Namn:..... Personnummer:..... Telefonnummer:.....

Längd:.....cm Vikt:.....kg Röker:.....cig/dag Snusar:.....ggr/dag

Alkohol: Sällan/Aldrig Högst 1 gång/vecka Mer än 1 gång/vecka

Aktuella mediciner:

Egna sjukdomar	Nej Ja År			Nej Ja År			
	Diabetes				Magsäcksoperation		
Blodpropp				Stora åderbräck			
Högt blodtryck				Cysta			
Uttalad huvudvärk				Äggledarinflammation			
Psykiska besvär				Livmoderinflammation			
Epilepsi				Könssjukdomar			
Njursjukdom				Muskelknuta/Myom			
Leversjukdom				Gynekologisk operation			
Tumör				Gynekologiska cellförändringar			
SLE				Läkemedelsallergi			
Blodbrist							

Sjukdomar hos föräldrar, syskon	Nej Ja Vem			Ålder vid insjuknande
	Blodpropp			
Propp eller blödning i hjärnan				
Hjärtinfarkt				

Senaste menstruationens första dag

Började vidår ålder. Pågår.....dagar och kommer var.....-e dag.

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

Graviditet	År	
	Missfall	
	Legal abort	
	Utomkvedshavandeskap	
	Förlossningar	

Tidigare preventivmetoder	Antal år	Typ
	P-piller:	
	Spiral:	
	P-stav	
	P-ring:	
	P-plåster:	
	Kondom:	
Annat:		

Antal partners senaste 6 månaderna:

Övrig information som har betydelse för din hälsa t ex läkemedel:

.....
.....

Funderar du på att byta preventivmetod? Gör testet på preventivguiden.se och ta med resultatet in till barnmorskan