

Hälsoblankett

Namn _____ Personnummer _____ Telnr _____

Längd _____ Vikt _____

Har du eller har haft något av följande:					
	Ja	Nej		Ja	Nej
Migrän med aura			Hjärt-kärlsjukdom		
Blodpropp			Porfyri		
Epilepsi			Koagulationsdefekt		
Kronisk leversjukdom			Uttalade åderbräck		
Morbus Crohn			Kloasma		
Ulcerös colit			TBC		
Diabetes			Reumatisk sjukdom		
SLE			Bröstcancer		
Hypertoni			Övrigt, vad:		

Har mamma/pappa/syskon haft något av följande:	Ja	Nej
Blodpropp		
Blodfettsubbningar		
Hjärtinfarkt eller stroke (hos män före 55 års ålder)		
Hjärtinfarkt eller stroke (hos kvinna före 65 års ålder)		

Brukar du	Ja	Nej
Röka		
Snusa		
Vape:a		
Andra nikotinprodukter		

Menstruation

Ålder vid mensdebut: _____

Antal blödningsdagar under mens: _____

Skatta din mensvärksmärta från 1-10 (1 ingen smärta, 10 värsta tänkbara): _____

Cykellängd utan preventivmedel	Kryssa	Jag tycker att jag blöder	Kryssa
<25 dagar		Sparsamt	
25-30 dagar		Normalt	
31-35 dagar		Rikligt	
>35 dagar			

Tidigare använda preventivmedel	Kryssa
P-piller	
Mini p-piller eller mellanpiller	
Hormonspiral	
Kopparspiral	
P-ring	
P-plåster	
P-spruta	
P-stav	
Pessar	
Kondom/annat	

Tidigare graviditeter

Aborter, antal: _____

Missfall, antal: _____

Förlossningar, antal: _____