

**Personuppgifter**
 GraviditetsID
**MHV (manuell inmatning) inskrivning**

<input type="checkbox"/> Personnummer	<input type="checkbox"/> Reservnummer	<input type="checkbox"/> Datum för första journalförda besök	<input type="checkbox"/> Mottagning
<input type="checkbox"/> Samba område	<input type="checkbox"/> Landsting	<input type="checkbox"/> Födelseland	<input type="checkbox"/> Utbildningsnivå
<input type="checkbox"/> Sysselsättning	<input type="checkbox"/> Självskattad hälsa före graviditeten	<input type="checkbox"/> GL vid inskrivning (veckor)	<input type="checkbox"/> Registreringsdatum
<input type="checkbox"/> Registrerande barnmorska	<input type="checkbox"/> Registrerande enhet	<input type="checkbox"/> Registrerande samba område	<input type="checkbox"/> Registrerande landsting
<input type="checkbox"/> Inskrivningsdatum DATEDIFF			

**MHV (manuell inmatning) uppföljning**

<input type="checkbox"/> Graviditetsregistreringen ska avslutas	<input type="checkbox"/> Graviditetsregistreringen ska avslutas (Orsak)	<input type="checkbox"/> Mottagning	<input type="checkbox"/> Samba område
<input type="checkbox"/> Landsting	<input type="checkbox"/> Kvinnan genomgått KUB	<input type="checkbox"/> Kvinnan genomgått NIPT	<input type="checkbox"/> Kvinnan genomgått korionvillibiopsi
<input type="checkbox"/> Kvinnan genomgått amniocentes	<input type="checkbox"/> Kvinnan genomgått ultraljuds-undersökning vid 16-21 veckor	<input type="checkbox"/> Förlossningsdatum	<input type="checkbox"/> Professionell tolk anlitas
<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd	<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd (Mindre sammanhållen grupp)	<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd (Föreläsning med teman)	<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd (Annat)
<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd (Vet ej)	<input type="checkbox"/> Kvinnan deltagit i föräldrastöd (Har ej deltagit)	<input type="checkbox"/> Partner deltagit i föräldrastöd	<input type="checkbox"/> Partnern deltagit i föräldrastöd (Mindre sammanhållen grupp)
<input type="checkbox"/> Partnern deltagit i föräldrastöd (Föreläsning med teman)	<input type="checkbox"/> Partnern deltagit i föräldrastöd (Annat)	<input type="checkbox"/> Partnern deltagit i föräldrastöd (Vet ej)	<input type="checkbox"/> Partnern deltagit i föräldrastöd (Har ej deltagit)
<input type="checkbox"/> Stödåtgärder pga. förlossningsrädsla	<input type="checkbox"/> Stödåtgärder pga. förlossningsrädsla (Besök hos barnmorska)	<input type="checkbox"/> Stödåtgärder pga. förlossningsrädsla (Besök hos läkare)	<input type="checkbox"/> Stödåtgärder pga. förlossningsrädsla (Besök hos psykolog eller socionom)
<input type="checkbox"/> Stödåtgärder pga. förlossningsrädsla (Vet ej)	<input type="checkbox"/> Behandlats för psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/> Behandlats för psykisk ohälsa (Medicinsk behandling)	<input type="checkbox"/> Behandlats för psykisk ohälsa (Psykologisk behandling)
<input type="checkbox"/> Tillfrågats om våldutsatthet	<input type="checkbox"/> Glukosbelastning utförd	<input type="checkbox"/> Fastevärde plasma-glukos (mmol/liter)	<input type="checkbox"/> Fastevärde plasma-glukos (Okänt)
<input type="checkbox"/> 2-timmars-värde av plasma-glukos (mmol/liter)	<input type="checkbox"/> 2-timmars-värde av plasma-glukos (Okänt)	<input type="checkbox"/> Diagnosen graviditetsdiabetes ställd	<input type="checkbox"/> Träffat läkare av graviditetsrelaterade skäl

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Datum för eftervårdsbesök             | <input type="checkbox"/> Vikt vid eftervårdsbesöket (kg)       | <input type="checkbox"/> Vikt vid eftervårdsbesöket (Okänt) | <input type="checkbox"/> Amning 4 veckor efter förlossning |
| <input type="checkbox"/> Självskattad hälsa under graviditeten | <input type="checkbox"/> Självskattad hälsa efter graviditeten | <input type="checkbox"/> Registreringsdatum                 | <input type="checkbox"/> Registrerande barnmorska          |
| <input type="checkbox"/> Registrerande enhet                   | <input type="checkbox"/> Registrerande samba område            | <input type="checkbox"/> Registrerande landsting            |  |
| <input type="checkbox"/> Förlossningsdatum DATEDIFF            | <input type="checkbox"/> Förlossning - Inskrivning DATEDIFF    |   |  |

**MHV1**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> BM avdelning (HSA-ID)          | <input type="checkbox"/> BM avdelning                   | <input type="checkbox"/> BM mottagning                       | <input type="checkbox"/> Landsting                          |
| <input type="checkbox"/> Mödrahälsovårdorganisation     | <input type="checkbox"/> Inskrivningsdatum              | <input type="checkbox"/> Först/Omföderska                    | <input type="checkbox"/> Gravida                            |
| <input type="checkbox"/> Para                           | <input type="checkbox"/> Para MHV1                      | <input type="checkbox"/> Antal levande födda                 | <input type="checkbox"/> Antal dödfödda barn                |
| <input type="checkbox"/> Längd vid inskrivning (cm)     | <input type="checkbox"/> Vikt vid inskrivning (kg)      | <input type="checkbox"/> BMI vid inskrivning                 | <input type="checkbox"/> BP datum                           |
| <input type="checkbox"/> BPSM                           | <input type="checkbox"/> BPSM (från MHV1)               | <input type="checkbox"/> BPUL (från MHV1)                    | <input type="checkbox"/> BPUL (från inskrivningsformuläret) |
| <input type="checkbox"/> BPET                           | <input type="checkbox"/> IVF-graviditet                 | <input type="checkbox"/> Tobak 3 månader före graviditet     | <input type="checkbox"/> Tobak vid inskrivning              |
| <input type="checkbox"/> Tobak vecka 30-32              | <input type="checkbox"/> Snus 3 månader före graviditet | <input type="checkbox"/> Snus vid inskrivning                | <input type="checkbox"/> Snus vecka 30-32                   |
| <input type="checkbox"/> Alkohol Auditpoäng             | <input type="checkbox"/> Sammanboende med barnafadern   | <input type="checkbox"/> Ensamstående                        | <input type="checkbox"/> Annan familjesituation             |
| <input type="checkbox"/> Annan familjesituation (om Ja) | <input type="checkbox"/> Ofrivillig barnlöshet (år)     | <input type="checkbox"/> Åtgärd                              | <input type="checkbox"/> Ingen åtgärd                       |
| <input type="checkbox"/> Ovulstimulering                | <input type="checkbox"/> ICSI                           | <input type="checkbox"/> IVF                                 | <input type="checkbox"/> Kirurgi                            |
| <input type="checkbox"/> Annan åtgärd                   | <input type="checkbox"/> Annan åtgärd (om Ja)           | <input type="checkbox"/> Hjärt-/kärlsjukdom                  | <input type="checkbox"/> Gulsot                             |
| <input type="checkbox"/> Upprepade urinvägsinfektioner  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus              | <input type="checkbox"/> Trombos                             | <input type="checkbox"/> Gynekologisk sjukdom               |
| <input type="checkbox"/> Lungsjukdom/astma              | <input type="checkbox"/> SLE                            | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk vård                    | <input type="checkbox"/> Endokrina sjukdomar                |
| <input type="checkbox"/> Kronisk njursjukdom            | <input type="checkbox"/> Epilepsi                       | <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit eller Mb Crohn        | <input type="checkbox"/> Kronisk hypertoni                  |
| <input type="checkbox"/> Annan sjukdom                  | <input type="checkbox"/> Annan sjukdom (text)           | <input type="checkbox"/> Ingen medicinering före inskrivning |   |

**MHV1: Läkemedel före inskrivningen**

- |                                   |                              |   |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Preparat | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Graviditetsvecka |
|-----------------------------------|------------------------------|---|

**MHV2**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Datum för upprättande av MHV2 | <input type="checkbox"/> Sista noterade vikt (kg) | <input type="checkbox"/> Datum för sista noterade vikt | <input type="checkbox"/> Graviditetsvecka vid sista noterade vikt |
| <input type="checkbox"/> Vikt uppgång                  | <input type="checkbox"/> Antal MHV besök          |  |   |

**MHV2: Läkemedel under graviditet**

- |                                   |                              |   |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Preparat | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Graviditetsvecka |
|-----------------------------------|------------------------------|---|

**MHV2: Graviditetskontroller**

- |  |                                     |                                       |   |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Undersökt av      | <input type="checkbox"/> Specialist | <input type="checkbox"/> Datum utförd | <input type="checkbox"/> Graviditetsvecka |
| <input type="checkbox"/> Ansvarig (HSA ID) |                                     |                                       |   |

**FV1**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Förlossningsklinik                       | <input type="checkbox"/> Landsting (där journalöverföring finns) | <input type="checkbox"/> Inskrivning (datum)          | <input type="checkbox"/> Inskrivning (tid)                     |
| <input type="checkbox"/> Antal barn i börd                        | <input type="checkbox"/> Induktion                               | <input type="checkbox"/> Induktion (med diagnoskoder) | <input type="checkbox"/> Remitterad med barn in utero          |
| <input type="checkbox"/> Tidigare sectio                          | <input type="checkbox"/> Värkar började (datum)                  | <input type="checkbox"/> Värkar började (tid)         | <input type="checkbox"/> Etablerade värkar (datum)             |
| <input type="checkbox"/> Etablerade värkar (tid)                  | <input type="checkbox"/> Vattenavgång (datum)                    | <input type="checkbox"/> Vattenavgång (tid)           | <input type="checkbox"/> Amniotomi (datum)                     |
| <input type="checkbox"/> Amniotomi (tid)                          | <input type="checkbox"/> Krystvärkar från (datum)                | <input type="checkbox"/> Krystvärkar från (tid)       | <input type="checkbox"/> Födelsedatum FV1                      |
| <input type="checkbox"/> Födelse tid FV1                          | <input type="checkbox"/> Ålder vid förlossning                   | <input type="checkbox"/> Datering                     | <input type="checkbox"/> Sectio start (datum)                  |
| <input type="checkbox"/> Sectio start (tid)                       | <input type="checkbox"/> Sectio slut (datum)                     | <input type="checkbox"/> Sectio slut (tid)            | <input type="checkbox"/> Operatör                              |
| <input type="checkbox"/> Indikation                               | <input type="checkbox"/> Spontan start                           | <input type="checkbox"/> Förlossningslut FV1          | <input type="checkbox"/> Kejsarsnitt FV1                       |
| <input type="checkbox"/> Förlossningslut (Ej instrumentell)       | <input type="checkbox"/> Förlossningslut (VE)                    | <input type="checkbox"/> Förlossningslut (Tång)       | <input type="checkbox"/> Förlossningslut (Kejsarsnitt)         |
| <input type="checkbox"/> Förlossningslut (Okänt)                  | <input type="checkbox"/> Sectio narkos                           | <input type="checkbox"/> Sectio spinal                | <input type="checkbox"/> Sectio epidural                       |
| <input type="checkbox"/> Sectio sufenta                           | <input type="checkbox"/> Sectio mo spinal                        | <input type="checkbox"/> Annan sectio anestesi        | <input type="checkbox"/> Blödning t.o.m. placentas avgång (ml) |
| <input type="checkbox"/> Blödning efter placentas avgång (ml)     | <input type="checkbox"/> Total blödning (ml)                     | <input type="checkbox"/> Klipp höger                  | <input type="checkbox"/> Klipp median                          |
| <input type="checkbox"/> Klipp vänster                            | <input type="checkbox"/> Perineotomi                             | <input type="checkbox"/> Bristningar i klitoris       | <input type="checkbox"/> Bristningar i vagina                  |
| <input type="checkbox"/> Bristningar i perineum                   | <input type="checkbox"/> Bristningar i sfinkter                  | <input type="checkbox"/> Bristningar i rektum         | <input type="checkbox"/> Bristningar i cervix                  |
| <input type="checkbox"/> Bristning grad III-IV (med diagnoskoder) | <input type="checkbox"/> Suturer inre                            | <input type="checkbox"/> Suturer yttre                | <input type="checkbox"/> Suturmaterial                         |

<input type="checkbox"/> Amning	<input type="checkbox"/> Oxytocin under förlossning	<input type="checkbox"/> Förlossningsupplevelse	<input type="checkbox"/> Steroidbehandling
<input type="checkbox"/> Utskrivning (datum)	<input type="checkbox"/> Utskrivning (tid)	<input type="checkbox"/> Utskriven till hemmet	<input type="checkbox"/> Antal UL besök
<input type="checkbox"/> Moderns diagnoser (i en rad)	<input type="checkbox"/> Moderns operationer (i en rad)	<input type="checkbox"/> Robsongrupp	<input type="checkbox"/> Sectio (enligt Robson)

**FV1: Moderns diagnoser**

<input type="checkbox"/> Start datum	<input type="checkbox"/> Slut datum	<input type="checkbox"/> Diagnos
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

**FV1: Moderns operationer**

<input type="checkbox"/> Start datum	<input type="checkbox"/> Slut datum	<input type="checkbox"/> Diagnos
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

**FV1: Sutur av förlossningsskada**

<input type="checkbox"/> Operatör	<input type="checkbox"/> Start datum	<input type="checkbox"/> Start tid	<input type="checkbox"/> Slut datum
<input type="checkbox"/> Slut tid			

**Barn**

<input type="checkbox"/> Förlossningsavdelning (HSA-ID)	<input type="checkbox"/> Förlossningsavdelning	<input type="checkbox"/> Förlossningsklinik	<input type="checkbox"/> Landsting
		<input type="checkbox"/> Bördnr	<input type="checkbox"/> Antal i börd
<input type="checkbox"/> GL (v)	<input type="checkbox"/> GL (d)	<input type="checkbox"/> Prematur (<37+0 v+d)	<input type="checkbox"/> Överburen (>41+6 v+d)
<input type="checkbox"/> Barnets personnummer	<input type="checkbox"/> Barnets reservnummer	<input type="checkbox"/> Födelsedatum	<input type="checkbox"/> Födelsedatum (år)
<input type="checkbox"/> Födelsedatum (månad)	<input type="checkbox"/> Födelsedatum (dag)	<input type="checkbox"/> Födelse tid	<input type="checkbox"/> Födelsevikt (g)
<input type="checkbox"/> Förväntad födelsevikt (g)	<input type="checkbox"/> Vikt avvikelse (%)	<input type="checkbox"/> Vikt grupp	<input type="checkbox"/> Vikt 500 grupp
<input type="checkbox"/> Födelselängd (cm)	<input type="checkbox"/> Huvudomfång (cm)	<input type="checkbox"/> Kön	<input type="checkbox"/> CTG intagningstest
<input type="checkbox"/> Förlossningsställning	<input type="checkbox"/> Förlossningsställning (om Annan)	<input type="checkbox"/> Förlossningslut	<input type="checkbox"/> Kejsarsnitt
<input type="checkbox"/> Presentation	<input type="checkbox"/> Ansvarig barnmorska	<input type="checkbox"/> Ansvarig läkare	<input type="checkbox"/> Ventilation på mask (min)
<input type="checkbox"/> Intubation (min)	<input type="checkbox"/> Hjärtmassage (min)	<input type="checkbox"/> Acidoskorrektion	<input type="checkbox"/> pH navelartär
<input type="checkbox"/> pO2 navelartär (kPa)	<input type="checkbox"/> pCO2 navelartär (kPa)	<input type="checkbox"/> BE navelartär (mmol/l)	<input type="checkbox"/> pH navelven
<input type="checkbox"/> pO2 navelven (kPa)	<input type="checkbox"/> pCO2 navelven (kPa)	<input type="checkbox"/> BE navelven (mmol/l)	<input type="checkbox"/> Prover tagna
<input type="checkbox"/> Apgar 1 min	<input type="checkbox"/> Apgar 5 min	<input type="checkbox"/> Apgar 10 min	<input type="checkbox"/> Apgar <4 vid 5 min

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Smärtlindring spinal | <input type="checkbox"/> Smärtlindring infiltration | <input type="checkbox"/> Smärtlindring PCB            | <input type="checkbox"/> Smärtlindring epidural      |
| <input type="checkbox"/> Smärtlindring PDB    | <input type="checkbox"/> Amning                     | <input type="checkbox"/> Tillmatning                  | <input type="checkbox"/> Dödfött                     |
| <input type="checkbox"/> Avled (datum)        | <input type="checkbox"/> Avled (tid)                | <input type="checkbox"/> Barnets diagnoser (i en rad) | <input type="checkbox"/> Barnets åtgärder (i en rad) |

**Barn: Barnets diagnoser första 28 dagarna**

- |                                      |                                     |                                  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Start datum | <input type="checkbox"/> Slut datum | <input type="checkbox"/> Diagnos |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

**Barn: Barnets åtgärder första 28 dagarna**

- |                                      |                                     |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Start datum | <input type="checkbox"/> Slut datum | <input type="checkbox"/> Operation |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|

**Ultraljud**

- |   |                                      |                                  |                                    |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avdelning (HSA-ID) | <input type="checkbox"/> Avdelning   | <input type="checkbox"/> Enhet   | <input type="checkbox"/> Landsting |
| <input type="checkbox"/> Antal foster       | <input type="checkbox"/> Besöksdatum | <input type="checkbox"/> Para UL | <input type="checkbox"/> UL GL (v) |
| <input type="checkbox"/> UL GL (d)          |                                      |                                  |                                    |

**Foster**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ordningsnummer | <input type="checkbox"/> CRL (mm)        | <input type="checkbox"/> BPD (mm)            | <input type="checkbox"/> OFD (mm)          |
| <input type="checkbox"/> HC (mm)        | <input type="checkbox"/> FL (mm)         | <input type="checkbox"/> AD (mm)             | <input type="checkbox"/> AC (mm)           |
| <input type="checkbox"/> BFK            | <input type="checkbox"/> Datering utförd | <input type="checkbox"/> UL vikt (g)         | <input type="checkbox"/> Vikt 2 d före (g) |
| <input type="checkbox"/> Vikt dev (g)   | <input type="checkbox"/> Vikt dev (%)    | <input type="checkbox"/> Sista viktskattning | Dagar viktskatt/förloss                    |

**IUFD**

- |                                       |  |   |                       |
|---------------------------------------|--|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Dödfött/IUFD | Graviditetslängd vid IUFD diagnos (veckor) | Graviditetslängd vid IUFD diagnos (dagar) | Dödsfallet inträffade |
| Födelseviktavvikelse (%)              | Kromosomanalys                             | Kromosomanalys (typ)                      | Kromosomanalys (ICD)  |
| Missbildning                          | Missbildning (ICD)                         | PAD placenta                              | Obduktion             |
| Huvuddiagnos                          | Huvuddiagnos (andra orsaker)               | Säkerhet gällande huvuddiagnos            | Bidiagnos 1           |
| Bidiagnos 2                           | Bidiagnos 3                                | Bidiagnos 4                               |                       |