

Vedrørende dig	
Cpr-nummer	
Telefonnummer	
E-mail	
Alder	
Højde (i cm)	
Vægt (i kg)	
Hvor mange gange har du født?	
Har du modtaget fertilitetsbehandling i forbindelse med din seneste graviditet?	ja:____ nej:____
Har du fået kejsersnit ved din seneste fødsel?	ja:____ nej:____
Har du nogle sygdomme?	
Hvis ja, hvilke?	
Aktuel rygning (sæt kryds)	ja:____ nej:____
Hvis ja	antal dagligt:
Tidligere rygning (sæt kryds)	ja:____ nej:____
Hvis ja	antal dagligt:
Drikker du alkohol (sæt kryds)	ja:____ nej:____
Hvis ja	antal genstande ugentligt:
Rusmidler indenfor det sidste år (sæt kryds)	ja:____ nej:____
Hvis ja	hvilke:
Sæt venligst kryds ved den beskæftigelse, der passer bedst på dig	☐ arbejder fuldtid ☐ arbejder deltid ☐ ledig ☐ førtidspensionist ☐ studerende/lærling/elev ☐ hjemmegående ☐ andet
Hvad er det højeste uddannelsesniveau du har gennemført? (sæt kryds)	☐ grundskoleuddannelse (fx folkeskole) ☐ erhvervsuddannelse (fx EUD) ☐ gymnasial uddannelse (fx gymnasium, hf, højere handelseksamen eller htx) ☐ kort videregående uddannelse (op til 2 år) ☐ mellemlang videregående uddannelse (2-4 ½ år)

	___ lang videregående uddannelse (5 år eller mere) ___ andet
Hvis du har krydset af i studerende - hvilken type uddannelse er du i gang med? (sæt kryds)	___ grundskoleuddannelse (fx folkeskole)
	___ erhvervsuddannelse (fx EUD)
	___ gymnasial uddannelse (fx gymnasium, hf, højere handelseksamen eller htx)
	___ kort videregående uddannelse (op til 2 år)
	___ mellemlang videregående uddannelse (2-4 1/2 år)
	___ lang videregående uddannelse (5 år eller mere)
	___ andet

Vedrørende amning og dit barn

Gestationsalder ved fødslen (hvilken uge barnet blev født i)

Barnets nuværende alder (ved dit indtag af lægemidlet)

Fødselsvægt

Er dit barn tvilling/trilling? ja:___ nej:___

Har dit barn nogle sygdomme? ja:___ nej:___

Hvis ja, hvilke?

Hvor meget ammer du (antal gange om dagen)?

Suppleres der med fast føde og/eller modermælkserstatning? ja:___ nej:___

Vedrørende lægemiddel

Hvilke(t) lægemidler anvender du?	1.	navn: _____ indikation: _____ dato (sidste indtag): _____ tidspunkt (sidste indtag): _____
-----------------------------------	----	---

Har du haft bivirkninger til lægemidlet? (sæt kryds) ja:___ nej:___

Hvis ja, hvilke?

Har du observeret bivirkninger hos dit barn? ja:___ nej:___

<i>Hvis ja, hvilke? (Angiv gerne til hvilket lægemiddel) f.eks. mavegener, diare, nedsat appetit, påvirket søvn, dårlig trivsel, sløvhed</i>	
2.	navn: _____ indikation: _____ dato (sidste indtag): _____ tidspunkt (sidste indtag): _____
Har du haft bivirkninger til lægemidlet? (sæt kryds)	ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke?</i>	
Har du observeret bivirkninger hos dit barn?	ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke? (Angiv gerne til hvilket lægemiddel) f.eks. mavegener, diare, nedsat appetit, påvirket søvn, dårlig trivsel, sløvhed</i>	
3.	navn: _____ indikation: _____ dato (sidste indtag): _____ tidspunkt (sidste indtag): _____
Har du haft bivirkninger til lægemidlet? (sæt kryds)	ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke?</i>	
Har du observeret bivirkninger hos dit barn?	ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke? (Angiv gerne til hvilket lægemiddel) f.eks. mavegener, diare, nedsat appetit, påvirket søvn, dårlig trivsel, sløvhed</i>	
4.	navn: _____ indikation: _____ dato (sidste indtag): _____

		tidspunkt (sidste indtag): _____
Har du haft bivirkninger til lægemidlet? (sæt kryds)		ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke?</i>		
Har du observeret bivirkninger hos dit barn?		ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke? (Angiv gerne til hvilket lægemiddel) f.eks. mavegener, diare, nedsat appetit, påvirket søvn, dårlig trivsel, sløvhed</i>		
5.		navn: _____ indikation: _____ dato (sidste indtag): _____ tidspunkt (sidste indtag): _____
Har du haft bivirkninger til lægemidlet? (sæt kryds)		ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke?</i>		
Har du observeret bivirkninger hos dit barn?		ja: _____ nej: _____
<i>Hvis ja, hvilke? (Angiv gerne til hvilket lægemiddel) f.eks. mavegener, diare, nedsat appetit, påvirket søvn, dårlig trivsel, sløvhed</i>		

Vedrørende mælkeprøverne

Prøveglas 1 (før indtag af lægemiddel):

Dato for udpumpning/udmalkning

Tidspunkt for udpumpning/udmalkning

Kl.

Tid siden sidste amning (timer)

Hvilket bryst kommer mælken fra

højre: _____ venstre: _____

Hvornår blev mælken udpumpet/udmalket (sæt kryds)

før amning: _____

efter amning: _____

ikke i forbindelse med en amning: _____

Prøveglas 2:

Dato for udpumpning/udmalkning

Tidspunkt for udpumpning/udmalkning

Kl.

Tid siden sidste amning (timer)

Hvilket bryst kommer mælken fra

højre: ____ venstre: ____

Hvornår blev mælken udpumpet/udmalket (sæt kryds)

før amning: ____

efter amning: ____

ikke i forbindelse med en amning: ____

Prøveglas 3:

Dato for udpumpning/udmalkning

Tidspunkt for udpumpning/udmalkning

Kl.

Tid siden sidste amning (timer)

Hvilket bryst kommer mælken fra

højre: ____ venstre: ____

Hvornår blev mælken udpumpet/udmalket (sæt kryds)

før amning: ____

efter amning: ____

ikke i forbindelse med en amning: ____

Prøveglas 4:

Dato for udpumpning/udmalkning

Tidspunkt for udpumpning/udmalkning

Kl.

Tid siden sidste amning (timer)

Hvilket bryst kommer mælken fra

højre: ____ venstre: ____

Hvornår blev mælken udpumpet/udmalket (sæt kryds)

før amning: ____

efter amning: ____

ikke i forbindelse med en amning: ____

Vedrørende urinprøve

Tidspunkt for opsamling af urin

Kl.

Navn:
Dato:
Underskrift:
Tusind tak for dit bidrag!

Med venlig hilsen

Læge Ditte Resendal Gotfredsen

Klinisk Farmakologisk Afdeling,

Bispebjerg Hospital,

Bispebjerg bakke 23 indgang 20C, 2 sal.

E-mail: ditte.resendal.gotfredsen@regionh.dk