

Name/Enw:

Address
Cyfeiriad:

Postcode
Cod post:

Date of birth
Dyddiad geni: / / Age
Oed:

TELEPHONE NUMBERS/RHIFAU FFÔN

Home tel/
Cartref:

Work tel/
Gwaith:

Mobile/
Symudol:

WHEN IS MY BABY DUE / PRYD FYDD FY MABI'N CAEL EI ENI?

Agreed estimated date of delivery / /
Dyddiad geni posibl y cytunwyd arno:

By/Drwy: Scan/Sgan LMP (please circle/rhowch gylch o gwmpas un)

Agreed by whom/Cytunwyd gan bwy? _____

(Signature/Llofnod) _____

Babies are often born 3 weeks before or up to 2 weeks after the agreed estimated date of delivery/Mae babies yn aml yn cael eu geni 3 wythnos cyn y dyddiad geni posibl y cytunwyd arno neu hyd at 2 wythnos ar ôl hynny.

NEXT OF KIN/PERTHYNAS AGOSAF

Name/Enw:	<input type="text"/>
Address/ Cyfeiriad:	<input type="text"/>
Home Tel No./ Rhif ffôn y cartref:	<input type="text"/>
Work Tel No./Gwaith:	<input type="text"/>
Mobile No./Ffôn symudol:	<input type="text"/>
Relation/Perthynas:	<input type="text"/>

**EMERGENCY CONTACT/CYSWLLT MEWN ARGYFWNG
(if different/os yw'n wahanol)**

Name/Enw:	<input type="text"/>
Address/ Cyfeiriad:	<input type="text"/>
Home Tel No./ Rhif ffôn y cartref:	<input type="text"/>
Work Tel No./Gwaith:	<input type="text"/>
Mobile No./Ffôn symudol:	<input type="text"/>
Relation/Perthynas:	<input type="text"/>

LEAD PROFESSIONAL AND INTENDED PLACE OF BIRTH/Y PRIF WEITHIWR PROFFESIYNOL A'R MAN Y BWRIEDIR RHOI GENEDIGAETH
(The lead professional is the person who is responsible for planning your care with you/Y prif weithiwr proffesiynol yw'r person sy'n gyfrifol am gynllunio'ch gofal)

Date Dyddiad	Name of lead professional Enw'r prif weithiwr proffesiynol	Planned place of birth/Y man y bwriedir rhoi genedigaeth	Reason if plan changed/Os yw'r cynllun wedi newid nodwch pam

General Practitioner/Meddyg Teulu	Health Visitor/Ymwelydd Iechyd
GP Practice/ Practis y Meddyg Teulu:	<input type="text"/>
Address/ Cyfeiriad:	<input type="text"/>
Practice Tel No/ Rhif ffôn y practis:	<input type="text"/>

YOUR DETAILS/EICH MANYLION

Title/Teitl	
First name/Enw cyntaf	
Surname/Cyfenw	
Maiden name/ Enw morwynol	
Previous surname/ Cyfenw blaenorol	
Likes to be called/ Hoff enw	

Single/Sengl	<input type="checkbox"/>	Partner/Partner	<input type="checkbox"/>
1st Marriage/Priodas 1af	<input type="checkbox"/>	2nd Marriage/2ail Briodas	<input type="checkbox"/>
Separated/ Wedi gwahanu	<input type="checkbox"/>	Divorced/ Wedi ysgaru	<input type="checkbox"/>
Widowed/Gweddw	<input type="checkbox"/>		

Faith/Religion/
Ffydd/Crefydd

Preferred language/
Yr iaith a ffefrir

Interpreter required/A oes angen dehonglwr? No/Nac oes Yes/Oes

Assistance with Reading/Writing Required /
Angen cymorth gyda darllen/ysgrifennu?

Dietary needs, if any/Anghenion deietegol, os oes rhai

National Insurance No./Rhif yswiriant gwladol

PARTNER'S DETAILS/MANYLION EICH PARTNER

Preferred name/ Hoff enw	
Previous surname/ Enw morwynol	
Previous surname/ Cyfenw blaenorol	
Preferred title/ Teitl a ffefrir	

Faith/Religion/
Ffydd/Crefydd

Home Tel No./
Rhif ffôn cartref

Work Tel No./
Rhif ffôn gwaith

Mobile No./
Rhif ffôn symudol

Occupation/
Galwedigaeth

Faith/Religion/
Ffydd/Crefydd

**Social Circumstances (eg. any previous children)/
Amgylchiadau cymdeithasol (ee unrhyw blant blaenorol)**

**Is your partner the baby's father?/
Ai tad y babi yw'ch partner?**

No/Na Yes/Ie Age of Father/Oed y tad

**Is baby's father a blood relation?/
A yw tad y babi yn berthynas waed i chi?**

No/Ydy Yes/Nac ydy

Details/ Manylion

HOUSING/CARTREF:

(add further information in 'Details' below/rhowch fwy o wybodaeth isod)

Owner/
Perchennog With parent(s)/
Byw gyda rhieni

Rented/
Ar rent Other/
Arall

No Yes
Nac ydw Ydw

Are you claiming benefits?/
Ydych chi'n hawlio budd-daliadau?

Do you have a disability? (please give details)/
Oes gennych chi anabled? (rhowch fanylion)

Details/Manylion:

Social worker/Gweithiwr cymdeithasol:

Tel No./Rhif ffôn:

EMPLOYMENT/GWAITH:

Full time/
Amser llawn Housewife/
Gwraig tŷ

Part time/
Rhan-amser Self employed/
Hunangyflogedig

Student/
Myfyriwr Unemployed/
Di-waith

Occupation (current/previous)/
Galwedigaeth (cyfredol/blaenorol):

No Yes
Nac oes Oes

Are there any special circumstances,
which are currently affecting you?/
A oes amgylchiadau arbennig sy'n
effeithio arnoch ar hyn o bryd?

Details/Manylion:

Which groups do you most identify with? Please select only one option from Column A (mark with and X) and one option Column B (Mark with an X). Please complete both columns. The options are listed alphabetically / Pa grŵp yr ydych yn uniaethu gydag ef fwyaf? Dewiswch un opsiwn yn unig o golofn A (nodwch gyda X) ac un opsiwn o Golofn B (nodwch gyda X). Llenwch y ddwy golofn.

SECTION A/ADRAN A	You/Chi	Partner	CHINESE/TSIEINEAIDD	You/Chi	Partner	
a. British or Mixed British Prydeinig neu Brydeinig Cymysg			h. Any Chinese background (specify if you wish) Unrhyw gefndir Tsieineaidd (manylwch os dymunwch)			
b. English/Seisnig			MIXED ETHNIC BACKGROUND CEFNDIR ETHNIG CYMYSG			
c. Irish/Gwyddelig				i. Asian and White/Asiaidd a Gwyn		
d. Scottish/Albanaidd				j. Black African and White Gwyn a Du Affricanaidd		
e. Welsh/Cymreig				k. Black Caribbean and White Gwyn a Du Caribiaidd		
f. Other (specify if you wish)/ Arall (manylwch os dymunwch)				l. Any other mixed ethnic background (specify if you wish) Unrhyw gefndir ethnig cymysg arall (manylwch os dymunwch)		
SECTION B/ADRAN B				WHITE/GWYN		
ASIAN/ASIAIDD			m. Any White background (specify if you wish) Unrhyw gefndir Gwyn arall (manylwch os dymunwch)			
a. Bangladeshi/Bangladeshaidd			ANY OTHER ETHNIC BACKGROUND UNRHYW GEFNDIR ETHNIG ARALL			
b. Indian/Indiaidd				n. Any other Ethnic background (specify if you wish) Unrhyw gefndir Ethnig arall (manylwch os dymunwch)		
c. Pakistani/Pacistanaidd						
d. Any other Asian background (specify if you wish) Unrhyw gefndir Asiaidd arall (manylwch os dymunwch)						
BLACK/DU						
e. African/Affricanaidd						
f. Caribbean/Caribiaidd						
g. Any other Asian background (specify if you wish) Unrhyw gefndir Du arall (manylwch os dymunwch)						

MEDICAL HISTORY/HANES MEDDYGOL

(please tick as appropriate and give details where necessary)/(Ticiwch fel y bo'n briodol a rhowch fanylion lle bo angen)

Do you have or have had/Ydych chi'n cael neu wedi cael:	No/Nac ydw	Yes/Ydw	Details (Record plan on page 19)/ Manylion (Cofnod ar dudalen 19)
Allergies/Alergeddau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma or chest problems/Asthma neu broblemau ar y frest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bladder/bowel problems / Problemau'r bledren/perfedd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Back problems/Problemau cefn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disabilities - physical or learning/Anabledd corfforol neu anhawster dysgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsy/Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exposure to TB/Wedi bod mewn cysylltiad â TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Female circumcision/Enwaediad (benywod)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fertility problems/Problemau ffrwythlondeb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genital infections/Haint ar yr organau rhywiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gynaecological history/operations / Hanes//llawdriniaethau gynaeolegol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart problems/Problemau'r galon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
High blood pressure/Pwysedd gwaed uchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kidney or urinary problems/Problemau'r arennau neu'r wrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liver disease or hepatitis/Clefyd yr afu neu hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migraine or severe headache/Meigrain neu ben tost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pre-eclampsia/Cyneclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatric referral/admission / Atgyfeiriad/derbyn am driniaeth seiciatrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombosis (blood clots)/Thrombosis (clotiau gwaed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thyroid problems/Problemau thyroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaginal bleeding in this pregnancy/Gwaedu o'r wain yn ystod y bechiogrwydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other/Arall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Operations//Llawdriniaethau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problems with anaesthetics/Problemau gydag anaestetig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blood transfusions/Trallwysyadau gwaed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Objections to receiving blood products/Gwrthwynebiad i gael cynnyrch gwaed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medication in the last 6 months/Meddyginiaeth yn y 6 mis diwethaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pre-conception folic acid/Asid ffolig cyn cenhedlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Early pregnancy folic acid/Asid ffolig ar ddechrau'r bechiogrwydd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date of last cervical smear/ Dyddiad prawf ceg y groth diwethaf	/	/	Result/Canlyniad
			Follow-up/Prawf dilynol

FAMILY HISTORY/HANES TEULUOL The term family here means blood relatives only - e.g. your children, your parents, grandparents, brothers, sisters, uncles and aunts and their children (i.e. first cousins)/Golyga 'teulu' berthnasau gwaed yn unig - ee eich plant, eich rhieni, eich tad-cu/mam-gu, brodyr, chwirydd, ewythrod a modrybedd a'u plant (hy cyfnitherod a chefnodryd cyntaf)

Has anyone in your family had/ A gafodd rywun yn eich teulu:	No/Naddo	Yes/Do	Has anyone had/ Oes rhywun wedi cael:	in your family yn eich teulu chi	in family of baby's father yn nheulu tad y babi
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A disease that runs in the family/ Clefyd teuluol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
thrombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Need for genetic counselling/ Yr angen am gyngor genetig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure/eclampsia/ Pwysedd gwaed uchel/eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stillbirths or multiple miscarriages/ Marwenedigaethau neu fwy nag un camesgoriad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hip problems from birth/ Problemau ar y cluniau o'r crud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Learning difficulties/ Anawsterau dysgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Experienced severe childbirth related mental illness and / or bipolar affective disorder / manic depression? / Salwch meddwl difrifol a/neu anhwylder affeithiol deubegynol/iselder manig sy'n gysylltiedig â rhoi genedigaeth			Hearing loss from childhood/ Nam ar y clyw oddi ar blentynod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please note / Os do, nodwch beth:.....			Abnormalities present at birth/ Annormaleddau adeg y geni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referral required / Angen atgyfeirio: <input type="checkbox"/> Yes / Oes <input type="checkbox"/> No / Nac oes			Multiple births/Genedigaethau lluosog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referred to / Atgyfeiriwyd at:.....			Tuberculosis/Twbercwlosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Date / Dyddiad:.....			Heart disease/Clefyd y galon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Blood disorder/ Anhwylder gwaed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Have you ever experienced any mental health problems? / Ydych chi erioed wedi cael problemau iechyd meddwl?

Yes / Ydw <input type="checkbox"/> No / Nac ydw <input type="checkbox"/>	Diagnosis / Diagnosis: <input type="checkbox"/> Puerperal psychosis (severe postnatal depression) / Seicosis ôl-esgorol (iselder difrifol ôl-enedigol) <input type="checkbox"/> Bipolar affective disorder / manic depression / mania / anhwylder affeithiol deubegynol/iselder/mania <input type="checkbox"/> Psychosis / seicosis <input type="checkbox"/> Psychotic depression / Iselder seicotig <input type="checkbox"/> Schizophrenia / sgitsoffrenia <input type="checkbox"/> Other, please note / Arall, nodwch beth:.....	Treatment / Triniaeth: <input type="checkbox"/> Current medication / meddyginiaeth gyfredol <input type="checkbox"/> Past medication / meddyginiaeth yn y gorffennol <input type="checkbox"/> Taking treatment / support / counselling / Ynj cael triniaeth / cymorth / cwnsela
--	--	--

SMOKING/YSMYGU

Do you smoke cigarettes? / Ydych chi'n smygu sigarennau?
 Number per day / Nifer y dydd

If no, have you smoked during the last 12 months? / Os na, ydych chi wedi smygu yn y 12 mis diwethaf?

When did you give up? / Pryd wnaethoch chi orffen?

Does anyone else in your home smoke? / Oes rhywun arall yn smygu yn eich cartref?

Advice/leaflet given? / A roddwyd cyngor/taflen?

Would you like to be referred to a smoking cessation programme? / Ydych chi am gael eich cyfeirio at raglen atal smygu?

Record plan on page 19 / Cofnod o'r cynllun ar dudalen 19.

ALCOHOL

Do you drink alcohol? / Ydych chi'n yfed alcohol?

How many units per week? / Sawl uned yr wythnos?

Pre-pregnancy / Cyn beichiogi

Currently/Nawr

One unit of alcohol = Half pint of beer/lager or Glass of wine or Single measure of spirit or Small glass of sherry / **Un uned o alcohol** = Hanner peint o gwrw/lager neu Un gwydraid o win neu Un mesur o wirow neu Un gwydraid bach o sieri

Record plan on page 19 / Cofnod o'r cynllun ar dudalen 19.

NON-PRESCRIPTION DRUGS/ CYFFURIAU NAD YDYNT AR BRESGRIPSIWN

Do you, or have you, used painkillers, herbal remedies, or other drugs such as cannabis or heroin? / Ydych chi'n defnyddio poenladdwyr, moddion llysieuol neu gyffuriau eraill fel canabis neu heroin neu a ydych chi wedi defnyddio'r rhain?

Give details/Rhowch fanylion

Are you receiving treatment for addiction? / Ydych chi'n cael triniaeth at gaethiwed i gyffuriau?

Record plan on page 19 / Cofnod o'r cynllun ar dudalen 19.

SOCIAL WORKER/SUPPORT WORKERS/AGENCY / GWEITHIWR CYMDEITHASOL/GWEITHWYR CYMORTH/ASIANTAETH

Name/Enw: Contact number/Rhif cyswllt:.....

Agency/Asiantaeth:.....

Name/Enw: Contact number/Rhif cyswllt:.....

Agency/Asiantaeth:.....

Name/Enw: Contact number/Rhif cyswllt:.....

Agency/Asiantaeth:.....

ROUTINE ENQUIRY / YMHOLIADAU CYFFREDIN

One/Un Date/Dyddiad Signature/Llofnod..... Date/Dyddiad Signature/Llofnod.....	Two/Dau Date/Dyddiad Signature/Llofnod.....
---	--

Risk assessment of home completed and filed in notes/Asesiad risg o'r cartref wedi'i gwblhau ac wedi'i ffeilio yn y nodiadau

Date/Dyddiad Signature/Llofnod.....

HANDOVER TO HEALTH VISITOR / TAFLEN TROSGLWYDDO CYFRIFOLDEB I'R YMWELYDD IECHYD

(To be completed by named/associate midwife at or about 28 days post delivery) / (I'w chwblhau gan y fydwraig a enwir/y fydwraig gyswilt tua 28 diwrnod ar ôl yr enedigaeth)

Mothers Name / Enw'r Fam: Address/Cyfeiriad: DOB/Dyddiad Geni: Tel No/Rhif Ffôn:	GP/Meddyg Teulu: Address/Cyfeiriad: Tel No/Rhif Ffôn: Midwife/Bydwraig: Health Visitor/ Ymwelydd Iechyd:	Baby Name/ Enw'r Babi: Address/Cyfeiriad:
--	---	---

Where Delivered / Lle Cafodd y Babi ei Eni: RGH MDU/Prif Uned Esgor Ysbyty Brenhinol Gwent NHH Crawshay/Crawshay Ysbyty Nevill Hall
 RGH B5/B5 Ysbyty Brenhinol Gwent NHH Del Suite/Adran Esgor Ysbyty Nevill Hall
 RGH Coldra/Coldra Ysbyty Brenhinol Gwent CBC/Canolfan Enedigaeth Caerffili

Date of baby's birth/Dyddiad geni'r babi _____

Midwife handing over/Y fydwraig sy'n trosglwyddo _____ (PRINT/PRINTIWCH)

MOTHER/Y FAM

Any Post Natal illness/Unrhyw salwch ôl-enedigol YES/OES NO/NAC OES

If yes, details/Os oes, nodwch y manylion _____

Previous history of Post Natal Depression/ Hanes blaenorol o Iselder ôl-enedigol YES/OES NO/NAC OES

Parenting skills concerns/Pryderon am sgiliau'r rhieni YES/OES NO/NAC OES

D.A. Routine Enquiry/Ymholiad Cam-drin Domestig Arferol YES/DO NO/NADDO +VE/CADARNHAOL

-VE/NEGyddOL

BABY/BABI

Birth weight/Pwysau'r babi _____ Most recent weight (if applicable)/Pwysau diweddaraf (os yw'n berthnasol) _____

Baby with parents/Mae'r babi gyda'i rieni YES/YDY NO/NAC YDY

Newborn Bloodspot Screening/
Newborn Bloodspot Screening Done/Wedi'i wneud Not Done/Heb ei wneud Refused/Wedi'i wrthod

Feeding method/Dull bwydo BF/Y fron AF/Artiffisial

Any Problems/Unrhyw broblemau YES/OES NO/NAC OES

If yes, details/Os oes, nodwch y manylion _____

Any illness/Unrhyw salwch YES/OES NO/NAC OES

If yes, details/Os oes, nodwch y manylion _____

Admitted to NNU/Wedi bod yn yr Uned Babanod Newydd-anedig? YES/DO NO/NADDO

Admitted to paediatric ward/Wedi bod i'r ward bediatrig? YES/DO NO/NADDO

Any follow up/Unrhyw ddilyniant? YES/DO NO/NADDO

If yes, details/Os do, nodwch y manylion _____

Vit K given/Fit K wedi'i roi Hearing Test performed/Prawf Clyw wedi'i gynnal

BCG referral/Wedi'i gyfeirio ar gyfer BCG Child Protection/Amddiffyn Plant Social Worker/Gweithiwr Cymdeithasol

Name/Enw _____

**VERBAL HANDOVER TO HEALTH VISITOR/ A DROSGLWYDDWYD
Y CYFRIFOLDEB I'R YMWELYDD IECHYD AR LAFAR?** YES/DO NO/NADDO

Antenatal screening records

(ASR-2 Pilot)

Cofnodion sgrinio cyn geni

(ASR-2 Peilot)

Antenatal Screening Wales (ASW) information pack given?/A roddwyd pecyn gwybodaeth Sgrinio Cyn Geni Cymru (SCG)?

<input type="checkbox"/> NO/ NADDO	<input type="checkbox"/> YES/ DO	Information pack given in different languages?/ A roddwyd y pecyn gwybodaeth mewn iaith arall?	<input type="checkbox"/> NO/ NADDO	<input type="checkbox"/> YES/ DO	Which languages/Pa iaith?
			<input type="checkbox"/> YES/ OES	<input type="checkbox"/> NO/ NAC OES	
Additional information/Gwybodaeth ychwanegol:			Interpreter required?/ A oes angen dehonglwr?		
			Language spoken/Yr iaith a siaredir		Other resource given eg DVD, CD/ Adnoddau eraill a roddwyd ee DVD, CD
			Signature/Llofnod		

Antenatal screening tests have been discussed and offered. Information given about the purpose, treatment and implications of each test. The detection rate and the fact that screening tests are not diagnostic has been explained.

Mae profion sgrinio cyn geni wedi cael eu trafod a'u cynnig. Rhoddwyd gwybodaeth am bwrpas, triniaeth a goblygiadau pob prawf. Mae'r gyfradd ddarganfod a'r ffaith nad yw'r profion sgrinio yn rhai diagnostig wedi'i esbonio.

	Discussed/ Trafodwyd	Offered*/ Cynigiwyd*	Local arrangements for undertaking antenatal screening tests have been explained/Rhoddwyd esboniad o'r trefniadau lleol ar gyfer cynnal profion sgrinio cyn geni
	NO/NADDO	YES/DO	
Early pregnancy ultrasound dating scan/ Sgan dyddio uwchsaïn beichiogrwydd cynnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> YES/ DO
Fetal anomaly scan/ Sgan anomaledd yn y ffetws	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO/ NADDO
Full blood count (FBC)/Cyfrif gwaed llawn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If NO please document/ Os NADDO cadwch gofnod
Blood group and antibodies/ Grŵp gwaed a gwrthgyrff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Further information or discussion about screening tests required/A oes angen mwy o wybodaeth neu drafodaeth am y profion sgrinio?
Rubella susceptibility/Tueddiad at Rwbela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO/ NAC OES
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> YES/ OES
Syphilis/Syffilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If YES please document/ Os OES cadwch gofnod
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Down's syndrome screening/ Sgrinio am syndrom Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signature/Llofnod
			Date/Dyddiad

* If not offered give reason/* Os na chynigiwyd rhwch reswm

Ultrasound scan screening tests/Profion sgrinio sgan uwchsain

Early pregnancy ultrasound dating scan/

Sgan dyddio uwchsain cynnar

<input type="checkbox"/> Test accepted, consent given and test arranged/ Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf <input type="checkbox"/> Declined/Gwrthodwyd Signature/Llofnod Date/Dyddiad / /	Date scan performed/ Dyddiad cyflawni'r sgan DD/DD MM/MM YY/BB _____ _____ _____		CRL _____ mm	BPD _____ mm	Post scan information leaflet given/A roddwyd taflen wybodaeth ar ôl y sgan? <input type="checkbox"/> YES/DO <input type="checkbox"/> NO/NADDO Re-scan/Sgan arall? <input type="checkbox"/> YES/IE Reason for re-scan/Rheswm am y sgan arall: Date re-scan performed/ Dyddiad cyflawni'r sgan arall: / / Signature/Llofnod
	Signature/Llofnod		Gestational age/Oed y ffetws weeks/days/wythnosau/diwrnodau EDD by USS/Dyddiad geni yn ôl y sgan uwchsain See scan report for full information/ Gweler adroddiad y sgan am yr wybodaeth lawn		

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Fetal anomaly ultrasound dating scan/

Sgan anomaledd yn y ffetws

<input type="checkbox"/> Test accepted, consent given and test arranged/ Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf <input type="checkbox"/> Declined/Gwrthodwyd Signature/Llofnod Date/Dyddiad / /	Date scan performed/ Dyddiad cyflawni'r sgan DD/DD MM/MM YY/BB _____ _____ _____		Reason for referral/Rheswm am atgyfeirio Referred to/Atgyfeiriwyd at Date of referral/Dyddiad atgyfeirio Date of appointment/Dyddiad yr apwyntiad / / Signature/Llofnod	Post scan information leaflet given/A roddwyd taflen wybodaeth ar ôl y sgan? <input type="checkbox"/> YES/DO <input type="checkbox"/> NO/NADDO Re-scan/Sgan arall? <input type="checkbox"/> YES/IE Reason for re-scan/Rheswm am y sgan arall: Date re-scan performed/Dyddiad cyflawni'r sgan arall: / / Signature/Llofnod
	Further referral/ Atgyfeiriad pellach <input type="checkbox"/> YES/IE <input type="checkbox"/> NO/NA Signature/Llofnod			

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

See scan report for full information/ Gweler adroddiad y sgan am yr wybodaeth lawn

Screening tests/Profion sgrinio

During your pregnancy you will be offered a number of screening tests. You can choose whether or not to have these tests. You can talk about the tests with your midwife or doctor or go to the Antenatal Screening Wales website (www.screeningservices.org.uk/asw), where all the tests are described in detail.

Yn ystod eich bechiogrwydd cewch gynnig amryw o brofion sgrinio. Gallwch ddewis cael y profion neu beidio. Cewch gyfle i siarad am y profion gyda'ch bydwraig neu gyda'ch meddyg neu ewch i wefan Sgrinio Cyn Geni Cymru (www.screeningservices.org.uk/asw) lle cewch ddisgrifiad manwl o bob prawf.



Blood group and antibodies/Grŵp gwaed a gwrthgyrff

Blood group first antibody screen/

Grŵp gwaed y sgriniad cyntaf am wrthgyrff

<input type="checkbox"/> Test accepted, consent given and test arranged/Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf <input type="checkbox"/> Declined/Gwrthodwyd <input type="checkbox"/> NO/NADDO <input type="checkbox"/> YES/DO Signature/Llofnod Date/Dyddiad / /	First sample taken/ Dyddiad y sampl cyntaf DD/DD MM/MM YY/BB Signature/Llofnod	Date result given/ Dyddiad rhoi'r canlyniad Result: Group/ Rhesus negative or positive?/ Canlyniad: Grŵp Rhesws-negatif neu Rhesws-bositif
	Antibodies/ gwrthgyrff Action/ Gweithredu Signature/Llofnod	

second antibody screen/

yr ail sgriniad am wrthgyrff

<input type="checkbox"/> Test accepted, consent given and test arranged/Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf <input type="checkbox"/> Declined/Gwrthodwyd <input type="checkbox"/> NO/NADDO <input type="checkbox"/> YES/DO Signature/Llofnod Date/Dyddiad / /	First sample taken/ Dyddiad y sampl cyntaf DD/DD MM/MM YY/BB Signature/Llofnod	Date result given/ Dyddiad rhoi'r canlyniad Result: Group/ Canlyniad: Grŵp
	Action/ Gweithredu Signature/Llofnod	

Anti-D prophylaxis only for women who are Rhesus negative - see local protocol/**Proffylacsis gwrth-D** ar gyfer menywod sy'n Rhesws-negatif yn unig - gweler y protocol lleol

28 week Anti-D/ Gwrth-D 28 wythnos	Consent recorded by/ Cofnodwyd y caniatâd gan	Date/Dyddiad	Date given/ Dyddiad rhoi	Site/Safle	Dose/Dos	Batch number Rhif sypyn	Signature/Llofnod
34 week Anti-D/ Gwrth-D 34 wythnos	Consent recorded by/ Cofnodwyd y caniatâd gan	Date/Dyddiad	Date given/ Dyddiad rhoi	Site/Safle	Dose/Dos	Batch number Rhif sypyn	Signature/Llofnod

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Communicable diseases screening/Sgrinio am afiechydon trosglwyddadwy

Rubella/ Rwbela

Recent history of a viral type rash/
A fu hanes diweddar o frech tebyg i firws?

YES
DO

NO
NADDO

Signature/Llofnod

Recent contact with rubella/
A fu cysylltiad diwedda â rwbela?

YES
DO

NO
NADDO

Sample sent for diagnostic testing/
A anfonwyd sampl i'w brofi?

YES
DO

NO
NADDO

Date/Dyddiad

Test accepted, consent given and test arranged/
Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf

Declined/Gwrthodwyd

Result/
Canlyniad:

More than 10 IU/ml (not susceptible). Woman advised that she is protected against rubella/**Dros 10 IU/ml** (dim tueddiad at rwbela). Hysbyswyd y fenyw ei bod yn ddiogel rhag rwbela.

Less than 10 IU/ml (susceptible). Woman advised to have postnatal MMR vaccination/**Llai na 10 IU/ml** (tueddiad at rwbela). Hysbyswyd y fenyw bod angen iddi gael brechiad MMR ar ôl y geni.

Result recorded and discussed by/Cofnodwyd y canlyniad a chafodd ei drafod gan:

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Hep B/ Hep B

Test accepted, consent given and test arranged/
Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf

Declined/Gwrthodwyd

Result/
Canlyniad:

Negative. Woman advised that she does not have hepatitis B at this time/
Negyddol. Hysbyswyd y fenyw nad oes ganddi hepatitis B ar hyn o bryd.

Positive. Offered postnatal neonatal vaccination of her baby to reduce the chance of the baby being affected by the virus. See further documentation/
Cadarnhaol. Cynigiwyd brechu'r babi yn syth ar ôl y geni i leihau'r posibilrwydd y gallai'r babi ddioddef o'r firws. Gweler yr wybodaeth ychwanegol.

Result recorded and discussed by/Cofnodwyd y canlyniad a chafodd ei drafod gan:

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Date communicable disease sample taken / dyddiad cymryd sampl o'r clefyd trosglwyddadwy

DD/DD	MM/MM	YY/BB

Signature/Llofnod

Syphilis/ Syffilis

- Test accepted, consent given and test arranged/
Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf
- Declined/Gwrthodwyd

Result/
Canlyniad:

- Negative.** Woman advised that she does not have syphilis at this time/
Negyddol. Hysbyswyd y fenyw nad oes ganddi syffilis ar hyn o bryd.
- Positive.** Offered treatment and pregnancy management. See further documentation/**Cadarnhaol.** Cynigiwyd triniaeth a dulliau o reoli'r beichiogrwydd. Gweler yr wybodaeth ychwanegol.

Result recorded and discussed by/Cofnodwyd y canlyniad a chafodd ei drafod gan:

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

HIV

- Test accepted, consent given and test arranged/
Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf
- Declined/Gwrthodwyd

Result/
Canlyniad:

- Negative.** Woman advised that she does not have HIV at this time/
Negyddol. Hysbyswyd y fenyw nad oes ganddi HIV ar hyn o bryd.
- Positive.** Offered treatment and pregnancy management. See further documentation/**Cadarnhaol.** Cynigiwyd triniaeth a dulliau o reoli'r beichiogrwydd. Gweler yr wybodaeth ychwanegol.

Result recorded and discussed by/Cofnodwyd y canlyniad a chafodd ei drafod gan:

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Date communicable disease sample taken / dyddiad cymryd sampl o'r clefyd trosglwyddadwy

DD/DD	MM/MM	YY/BB

Signature/Llofnod

Your midwife will/Bydd eich bydwraig

- Be attentive and share information that is clear, accurate and meaningful at a level that you, your partner and family can understand;
- Provide care that is delivered in a warm, sensitive and compassionate way;
- Treat you with dignity and respect you as an individual.
- Yn rhoi sylw i chi ac yn rhannu gwybodaeth gyda chi sy'n glir, yn gywir ac yn ystyrlon ar lefel y gallwch chi, eich partner a'ch teulu ei deall;
- Yn cynnig gofal sy'n cael ei ddarparu'n dwymgalon, sensitif a thosturiol;
- Yn eich trin fel unigolyn gydag urddas a pharch.



Name/Enw

Hospital number/Rhif ysbyty

Sickle cell and thalassaemia screening/Sgrinio am glefyd y crymangelloedd a thalasaemia

Women informed that routine analysis of the full blood count (FBC) may identify her as a thalassaemia carrier. Consent given for further testing if indicated./Hysbyswyd y fenyw y gall dadansoddiad cyffredin o'r cyfrif gwaed llawn ddangos ei bod yn cario thalasaemia. Cafwyd ei chaniatâd am ragor o brofion, os dangosir hynny.

 NO
NADDO

 YES
DO

Pregnancy risk assessment/Asesiad o'r perygl yn ystod y bechiogrwydd

 Agreed to give information
Cytunodd i roi gwybodaeth

 Did not agree to give information
Ni chytunodd i roi gwybodaeth

 Implications explained to the woman
Esboniwyd y goblygiadau i'r fenyw

Woman's family origins
Gwreiddiau teulu'r fenyw

Partner's family origins
Gwreiddiau teulu'r partner

Woman or partner has sickle cell or thalassaemia disorder or is a carrier
A oes gan y fenyw neu ei phartner glefyd y crymangelloedd neu thalasaemia neu a yw'n gariwr?

 NO
NAC OES

 YES
OES

Follow sickle cell and thalassaemia carrier disorder pathway

Known history of sickle cell or thalassaemia disorder/carrier in woman or partner's family
A oes hanes o glefyd y crymangelloedd neu thalasaemia neu gariwr yn nheulu'r fenyw/partner?

 NO
NAC OES

 YES
OES

Woman's family origin(s) known
A yw gwreiddiau teulu'r fenyw yn hysbys?

 YES
NAC YDY

 NO
YDY

Woman or partner's family origin(s) UK or Republic of Ireland
A yw gwreiddiau teulu'r fenyw/partner yn y DU neu Weriniaeth Iwerddon?

 YES
NAC YDY

 NO
YDY

Woman has a history of unexplained anaemia
A oes gan y fenyw hanes o anaemia anesboniadwy?

 NO
NAC OES

 YES
OES

Outcome of pregnancy risk assessment/Canlyniad yr asesiad o'r risg yn ystod bechiogrwydd

Woman did not agree to give information therefore pregnancy risk assessment not completed.
Ni chytunodd y fenyw i roi gwybodaeth felly ni aseswyd y risg yn ystod bechiogrwydd.

Low chance of sickle cell disorder or thalassaemia disorders. Not offered laboratory screening for sickle cell and thalassaemia disorders.
Y posibilrwydd o fod â chlefyd y crymangelloedd neu thalasaemia yn isel. Ni chynigiwyd sgriniad mewn labordy ar gyfer yr afiechydon hyn.

Higher chance of sickle cell and thalassaemia disorders. Offer laboratory screening for sickle cell and thalassaemia disorders.
Mwy o bosibilrwydd o fod â chlefyd y crymangelloedd a thalasaemia. Cynigiwyd sgriniad mewn labordy ar gyfer yr afiechydon hyn.

Pregnancy risk assessment for sickle cell and thalassaemia disorders undertaken by/Cynhaliwyd yr asesiad o'r risg o glefyd y crymangelloedd a thalasaemia yn ystod bechiogrwydd gan

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad

Laboratory screening for sickle cell and thalassaemia/Sgrinio am glefyd y crymangelloedd a thalasaemia mewn labordy

Offered laboratory screening for sickle cell and thalassaemia disorders/A gynigiwyd sgrinio am glefyd y crymangelloedd a thalasaemia mewn labordy?

 NO/NADDO YES/DO

Test accepted, consent given and test arranged
Derbyniwyd y prawf, rhoddwyd caniatâd a threfnwyd y prawf

 Declined/Gwrthodwyd

Signature/Llofnod

Date/Dyddiad / /

Date sample taken
Dyddiad cymryd y sampl

DD/DD | MM/MM | YY/BB

Signature/Llofnod

Date result given
Dyddiad rhoi'r canlyniad

Result
Canlyniad

Action
Gweithredu

Signature/Llofnod

Additional information/Gwybodaeth ychwanegol _____

Down's syndrome screening/Sgrinio am syndrom Down

<input type="checkbox"/> Test accepted, consent given/Derbyniwyd y prawf a rhoddwyd caniatâd <input type="checkbox"/> Declined/Gwrthodwyd <input type="checkbox"/> Presented too late to be offered test/ Cyflwynwyd yn rhy hwyr i gael cynnig prawf Signature/Llofnod Date/Dyddiad / /	Given an appointment to have the test, and has been informed that no reminder will be sent/A drefnwyd apwyntiad i gael y prawf ac a hysbyswyd y fenyw na fydd nodyn atgoffa yn cael ei anfon? <input type="checkbox"/> YES/DO <input type="checkbox"/> NO/NADDO	Date sample taken Dyddiad cymryd y sampl DD/DD MM/MM YY/BB
	Local arrangements for receiving results discussed/A drafodwyd y trefniadau lleol ar gyfer cael y canlyniad? <input type="checkbox"/> YES/DO <input type="checkbox"/> NO/NADDO	Signature/Llofnod
	Signature/Llofnod Date/Dyddiad	
Date result given/Dyddiad rhoi'r canlyniad	Result/Canlyniad	Signature/Llofnod

Women with a higher chance of the baby having Down's syndrome following screening Menywod yr oedd y sgriniad yn dangos siawns uwch y gallai'r babi fod â syndrom Down

Woman offered amniocentesis for PCR and/or karyotype A gynigiwyd amniocentesis i'r fenyw ar gyfer PCR a/neu caryoteip?	<input type="checkbox"/> YES DO	<input type="checkbox"/> NO NADDO
ASW Information for women with a higher chance of having a baby with Down's syndrome leaflet given A roddwyd taflen wybodaeth SCG i fenywod sydd â siawns uwch o gael babi â syndrom Down?	<input type="checkbox"/> YES DO	<input type="checkbox"/> NO NADDO
ASW Amniocentesis leaflet given A roddwyd taflen SCG ar amniocentesis	<input type="checkbox"/> YES DO	<input type="checkbox"/> NO NADDO
Amniocentesis and implications of test and test results discussed with the woman Trafodwyd yr amniocentesis, goblygiadau'r prawf a chanlyniadau'r prawf gyda'r fenyw	<input type="checkbox"/> YES DO	<input type="checkbox"/> NO NADDO
	Signature/Llofnod	Date/Dyddiad
Amniocentesis accepted Derbyniwyd yr amniocentesis	<input type="checkbox"/> YES DO	<input type="checkbox"/> NO NADDO
See amniocentesis record for further information Gweler y cofnod amniocentesis am fwy o wybodaeth	Signature/Llofnod	Date/Dyddiad

Antenatal classes/Dosbarthiadau cyn geni

Antenatal classes can help you prepare you for your baby's birth and for looking after and feeding your baby. They can also help you keep yourself fit and well during pregnancy. Ask your midwife for information on local classes.

Gall dosbarthiadau cyn geni eich helpu baratoi ar gyfer geni'r babi a gofalu amdano a'i fwydo. Gallant hefyd eich helpu i gadw'n heini ac yn iach yn ystod y beichiogrwydd. Gofynnwch i'ch bydwaig am wybodaeth am ddsbarthiadau lleol.



Date/time/place of class/
Dyddiad/amser/lleoliad y dosbarth

DISCUSSION TOPICS/PYNCIAU TRAFOD

(to be used as a guide throughout the pregnancy/l'w ddefnyddio fel canllaw drwy'r cyfnod beichiog)

Topics/Pynciau	Discussed/ Trafodwyd (Date and Sign/ Rhowch ddyddiad a llofnod)	Information given Gwybodaeth a roddwyd	Comments/Sylwadau
		Naw Mis a Mwy	
Place of birth/Man rhoi genedigaeth		Home Sweet Home	
Common symptoms/Symptomau cyffredin			
Healthy eating/Bwyta'n iach Folic acid/Asid ffolig Caffeine/Caffein Alcohol/Alcohol Drugs/Cyffuriau			
Smoking/Ysmygu Effect on baby/Effaith ar y babi Effect on mother/Effaith ar y fam Smoking cessation information/ Gwybodaeth am atal ysmygu			
Travel safety/Teithio'n ddiogel Seatbelts/Gwregysau diogelwch			
Emotional well being in pregnancy Lles emosiynol yn ystod beichiogrwydd Support at home/Cymorth yn y cartref Sex in pregnancy/Rhyw yn ystod beichiogrwydd			
Exercises/Ymarferion Aquanatal/Ymarferion mewn dŵr Pelvic floor exercises/Ymarferion llawr y pelfis Perineal massage/Tylino'r perinëwm			
Breast feeding/Bwydo ar y fron Previous difficulties/Anawsterau blaenorol			
Baby Friendly Initiative/Menter Cyfeillgar i Fabanod Health benefits for baby/Manteision iechyd i'r babi Health benefits for mother/Manteision iechyd i'r fam Skin-to-skin contact/Cysylltiad croen â chroen Keeps baby warm and calm/Mae'n cadw'r babi yn gynnes ac yn dawel Promotes bonding/Mae'n meithrin perthynas Helps breastfeeding/Helpu i fwydo ar y fron			
Good positioning/Lleoliad da Baby-led feeding/Bwydo dan arweiniad y babi Help will be available with feeds/Help ar gael i fwydo Rooming in/keeping baby nearby/Ymgartrefu/cadw'r babi gerllaw No other food or drink needed by baby until 6 months/ Nid oes angen bwyd na diod arall ar y babi am 6 mis Problems with using teats, dummies, nipple shields/ Problemau gyda defnyddio tethau, dymis, gorchuddion tethau			

SUMMARY OF PREVIOUS PREGNANCY/CRYNODEB O'R BEICHOGRWYDD BLAENOROL

Gravida <input type="checkbox"/>	Live birth(s)/ Genedigaeth(au) byw <input type="checkbox"/>	T.O.P. (s)/ Erthyliaid(au) <input type="checkbox"/>	Neonatal deaths/ Marwolaeth(au) adeg y geni <input type="checkbox"/>
Parity/ Esgoredd <input type="checkbox"/>	Miscarriage(s)/ Camesgoriad(au) <input type="checkbox"/>	Stillbirth(s)/ Marwenedigaeth(au) <input type="checkbox"/>	Infant death(s)/ Marwolaeth(au) babanod <input type="checkbox"/>

PREVIOUS PREGNANCY LOSSES/COLLEDION BLAENOROL ADEG BEICHOGRWYDD

--

PREVIOUS BIRTHS/GENEDIGAETHAU BLAENOROL

Child's name/ Enw'r Plentyn	Girl/Merch <input type="checkbox"/> Boy/Mab <input type="checkbox"/>	Date of birth/ Dyddiad geni / /	Age now/ Oed nawr	Birth weight (g)/ Pwysau adeg y geni (g)	Gestation/ Cyfnod beichiogrwydd	Does the child live with you?/ A yw'r plentyn yn byw gyda chi? Yes/Ydy <input type="checkbox"/> No/Nac ydy <input type="checkbox"/>
Place of birth and Outcome/Man geni a chanlyniad				Antenatal summary/Crynodeb cyn geni		
Labour onset/ Dechrau'r esgoriad	Anaesthetic/Anaesthetig	Delivery/Esgoriad	3rd stage/3ydd cam	Perineum/Perinëwm		
Spontaneous/ Digymell <input type="checkbox"/>	None/Dim <input type="checkbox"/> Epidural/Spinal / Epidwral/asgwrn cefn <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Assisted/ Gyda chymorth <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Haemorrhage/Gwaedlif <input type="checkbox"/>	Intact/Cyfan <input type="checkbox"/>		
Induced/ Ysgogwyd <input type="checkbox"/>	General/ Cyffredinol <input type="checkbox"/>	C/S / Tor.Cesar. <input type="checkbox"/>	Retained placenta/ Brych yn dal ar ôl <input type="checkbox"/>	Episiotomy/Episiotomi <input type="checkbox"/>		
Planned C/S / Tor. Cesar. wedi'i gynllunio <input type="checkbox"/>				Tear:/ Rhwyg: 1st 2nd 3rd 4th 1af 2ail 3ydd 4ydd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Labour details/Manylion yr esgoriad		Breast / Bottle Bron / Potel	Postnatal summary/Crynodeb ôl-enedigol			

PREVIOUS BIRTHS/GENEDIGAETHAU BLAENOROL

Childs name/ Enw'r plentyn	Girl/Merch <input type="checkbox"/> Boy/Mab <input type="checkbox"/>	Date of birth/ Dyddiad geni / /	Age now/ Oed nawr	Birth weight (g)/ Pwysau adeg y geni (g)	Gestation/ Cyfnod beichiogrwydd	Does the child live with you?/ A yw'r plentyn yn byw gyda chi? Yes/Ydy <input type="checkbox"/> No/Nac ydy <input type="checkbox"/>
Place of birth and outcome/Man geni a chanlyniad				Antenatal summary/Crynodeb cyn geni		
Labour Onset/ Dechrau'r esgoriad	Anaesthetic/Anaesthetig	Delivery/Esgoriad	3rd stage/3ydd cam	Perineum/Perinëwm		
Spontaneous/ Digymell <input type="checkbox"/>	None/Dim <input type="checkbox"/> Epidural/Spinal/ Epidwral/asgwrn cefn <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Assisted/ Gyda chymorth <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Haemorrhage/Gwaedlif <input type="checkbox"/>	Intact/Cyfan <input type="checkbox"/>		
Induced/ Ysgogwyd <input type="checkbox"/>	General/ Cyffredinol <input type="checkbox"/>	C/S / Tor.Cesar. <input type="checkbox"/>	Retained placenta/ Brych yn dal ar ôl <input type="checkbox"/>	Episiotomy/Episiotomi <input type="checkbox"/>		
Planned C/S / Tor. Cesar. wedi'i gynllunio <input type="checkbox"/>				Tear:/ Rhwyg: 1st 2nd 3rd 4th 1af 2ail 3ydd 4ydd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Labour details/Manylion yr esgoriad		Breast / Bottle Bron / Potel	Postnatal summary/Crynodeb ôl-enedigol			

PREVIOUS BIRTHS/GENEDIGAETHAU BLAENOROL

Childs name Enw'r plentyn	Girl/Merch <input type="checkbox"/> Boy/Mab <input type="checkbox"/>	Date of birth Dyddiad geni / /	Age now Oed nawr	Birth weight (g) Pwysau adeg y geni (g)	Gestation Cyfnod beichiogrwydd	Does the child live with you? A yw'r plentyn yn byw gyda chi? Yes/Ydy <input type="checkbox"/> No/Nac ydy <input type="checkbox"/>
Place of birth and outcome/Man geni a chanlyniad			Antenatal summary/Crynodeb cyn geni			
Labour onset/ Dechrau'r esgoriad Spontaneous/ Digymell <input type="checkbox"/> Induced/ Ysgogwyd <input type="checkbox"/> Planned C/S / Tor. Cesar. wedi'i gynllunio <input type="checkbox"/>	Anaesthetic/Anaesthetig None/Dim <input type="checkbox"/> Epidural/spinal / Epidwral/asgwrn cefn <input type="checkbox"/> General/ Cyffredinol <input type="checkbox"/>	Delivery/Esgoriad Normal <input type="checkbox"/> Assisted/ Gyda chymorth <input type="checkbox"/> C/S / Tor.Cesar. <input type="checkbox"/>	3rd stage/3ydd cam Normal <input type="checkbox"/> Haemorrhage/Gwaedlif <input type="checkbox"/> Retained placenta/ Brych yn dal ar ôl <input type="checkbox"/>	Perineum/Perinëwm Intact/Cyfan <input type="checkbox"/> Episiotomy/Episiotomi <input type="checkbox"/> Tear: 1st 2nd 3rd 4th Rhwyg: 1af 2ail 3ydd 4ydd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Labour details/Manylion yr esgoriad		Breast / Bottle Bron / Potel	Postnatal summary/Crynodeb ôl-enedigol			

PREVIOUS BIRTHS/GENEDIGAETHAU BLAENOROL

Childs name Enw'r plentyn	Girl/Merch <input type="checkbox"/> Boy/Mab <input type="checkbox"/>	Date of birth Dyddiad geni / /	Age now Oed nawr	Birth weight (g) Pwysau adeg y geni (g)	Gestation Cyfnod beichiogrwydd	Does the child live with you? A yw'r plentyn yn byw gyda chi? Yes/Ydy <input type="checkbox"/> No/Nac ydy <input type="checkbox"/>
Place of birth and Outcome/Man geni a chanlyniad			Antenatal summary/Crynodeb cyn geni			
Labour onset/ Dechrau'r esgoriad Spontaneous/ Digymell <input type="checkbox"/> Induced/ Ysgogwyd <input type="checkbox"/> Planned C/S / Tor. Cesar. wedi'i gynllunio <input type="checkbox"/>	Anaesthetic/Anaesthetig None/Dim <input type="checkbox"/> Epidural/spinal / Epidwral/asgwrn cefn <input type="checkbox"/> General/ Cyffredinol <input type="checkbox"/>	Delivery/Esgoriad Normal <input type="checkbox"/> Assisted/ Gyda chymorth <input type="checkbox"/> C/S / Tor.Cesar. <input type="checkbox"/>	3rd stage/3ydd cam Normal <input type="checkbox"/> Haemorrhage/Gwaedlif <input type="checkbox"/> Retained placenta/ Brych yn dal ar ôl <input type="checkbox"/>	Perineum/Perinëwm Intact/Cyfan <input type="checkbox"/> Episiotomy/Episiotomi <input type="checkbox"/> Tear: 1st 2nd 3rd 4th Rhwyg: 1af 2ail 3ydd 4ydd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Labour details/Manylion yr esgoriad		Breast / Bottle Bron / Potel	Postnatal summary/Crynodeb ôl-enedigol			

ANTENATAL CONSULTATIONS / YMGYNGORIADAU CYN GENI

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

ANTENATAL CONSULTATIONS / YMGYNGORIADAU CYN GENI

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

Date/Dydd.	Gest./Beich.	Urine/ Wrin	BP/PG	Oedema	Presentation/ Cyflwyniad	Fetal movements/ Symudiadau'r ffetws	Fetal heart/ Calon y ffetws	Hb	Next visit/ Ymweliad nesaf

Comments/Sylwadau:

Signed/Llofnodwyd:

IMPORTANT INFORMATION/GWYBODAETH BWYSIG**SPECIAL CONSIDERATIONS/
YSTYRIAETHAU ARBENNIG**

Allergies/ Alergedd	Blood group/ Grŵp gwaed	Height (cm)/ Taldra (cm)	Weight (kg) Date Pwysau (kg) a Dyddiad	BMI	Agreed estimated due date/ Dyddiad geni posibl y cytunwyd arno

--

PLAN OF CARE/CYNLLUN GOFAL

Use this page to outline plans for care and changes to plans as the pregnancy proceeds/
Defnyddiwch y dudalen hon i baratoi cynlluniau gofal a newidiadau i'r cynlluniau yn ystod y cyfnod beichiog.

Antenatal/Cyn geni

Signature and date/Llofnod a dyddiad

Intrapartum/Yn ystod yr esgoriad

Signature and date/Llofnod a dyddiad

Postnatal/Ôl-enedigol

Signature and date/Llofnod a dyddiad

Use this page to write a list of things you want to ask your midwife or obstetrician, comment on your care so far and to write your birth plan. The Pregnancy Book has a page on birth plans that may help you to think about what you would like and what you do not want.

You may want to ask about home birth, pain management in labour, waterbirth, epidurals, forceps and ventouse as well as caesarean births. Your midwife or obstetrician will be happy to answer any questions that you have.

Ar y dudalen hon ysgrifennwch restr o'r pethau yr ydych am eu gofyn i'r fydwraig neu i'ch obstetregydd, rhowch sylwadau am y gofal a gawsoch hyd yma ac ysgrifennwch eich cynllun geni. Yn 'Naw Mis a Mwy' mae tudalen am gynlluniau geni a allai'ch helpu chi feddwl am yr hyn hoffech chi ei gael a phethau nad ydych am eu cael.

Efallai yr hoffech ofyn am roi genedigaeth yn y cartref, rheoli poen pan fyddwch yn esgor, geni mewn dŵr, epidwral, gefeiliau ac offer fentws yn ogystal â thoriadau Cesaraidd. Bydd eich bydwraig neu eich obstetregydd yn barod iawn i ateb unrhyw gwestiynau a all fod gennych.