

Hälsodeklaration inför operation

Namn Datum

Personnummer

Hemtelefon och Mobiltelefon..... **VIKTIGT!**

Husläkare

(Namn, vårdcentral)

Aktuella besvär (beskriv kortfattat dina problem som du söker för):

.....

SAMMANHÅLLEN JOURNAL

Samtycker du till att all behörig personal på detta och andra sjukhus samt din vårdcentral eller husläkare får ta del av din sammanhållna journal som rör detta vårdtillfälle?... Nej Ja

För mer information se www.1177.se Regler och rättigheter/patientjournalen.

SOCIALT

Ensamboende? Nej Ja Villa Lägenhet tr Hiss finns

Hemtjänst? Nej Ja tim/dag..... dagar/vecka

Sjukhem? Nej Ja

Har du någon som kan hjälpa dig efter operation? Nej Ja

Ärftlig sjukdom i släkten?

.....

TIDIGARE OPERATIONER

1. År Sjukhus?

2. År Sjukhus?

3. År Sjukhus?

4. År Sjukhus?

Har du fått

• Lokalbedövning? Nej Ja

• Ryggbedövning? Nej Ja

• Narkos? Nej Ja

Komplikationer

Nej Ja Vad.....

Nej Ja Vad.....

Nej Ja Vad.....

TIDIGARE SJUKDOMAR

• Hjärtinfarkt? Nej Ja År..... Sjukhus.....

• Annan hjärtsjukdom? Nej Ja År..... Sjukhus.....

• Lungsjukdom? Nej Ja År..... Sjukhus.....

• Njursjukdom? Nej Ja År..... Sjukhus.....

• Gulsot? Nej Ja År..... Sjukhus.....

• Andra Sjukdomar Nej Ja

Vad?

..... År..... Sjukhus.....

..... År..... Sjukhus.....

..... År..... Sjukhus.....

NUVARANDE SJUKDOMAR (utöver sjukdomen du söker för)

Kärlkramp/ bröstsmärta? Nej Ja Hur ofta?.....

Annan hjärtsjukdom? Nej Ja Vad?

Högt blodtryck? Nej Ja Sedan när?

Andfådd i trappor? Nej Ja Vad?

Lungsjukdom/Astma? Nej Ja Vad?

Njursjukdom? Nej Ja Vad?

Leversjukdom? Nej Ja Vad?

Diabetes? Nej Ja Insulin? Nej Ja Sedan när?

Epilepsi? Nej Ja Hur ofta?

Blödningsbenägenhet? Nej Ja Beskriv

Andra sjukdomar? Nej Ja Beskriv

Halsbränna / sura uppstötningar? Nej Ja Beskriv

Långvarig smärta nu eller tidigare? Nej Ja Beskriv

MEDICINLISTA

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Middag	Kväll	Natt	Vid behov
Ex: Tablett Alvedon	500 mg	2	2	2	0	0

Har du behandlats med Kortison mer än 5 dagar under senaste året? Nej Ja

Allergi/överkänslighet (läkemedel? kontaktallergi?) Nej Ja Om ja, vad?

Har du sökt sjukvård utanför Sverige senaste halvåret? Nej Ja

Är du bärare av MRSA? Nej Ja VRE? Nej Ja ESBL? Nej Ja
 (Meticillinresistenta stafylokocker) (Vancomycinresistenta enterkocker)

Har du någon gång haft en infektion med MRSA eller VRE? Vänligen kontakta mottagningen före ditt mottagningsbesök. Det är viktigt för att vi skall kunna begränsa spridningen av dessa bakterier.

Använder du hälsopreparat? Nej Ja Om ja, vilket, vilka?.....

RÖKNING

Röker du? Nej Ja Om ja, hur mycket?.....

Har du rökt tidigare? Nej Ja Om ja, hur mycket?..... När slutade du?.....

Kroppslängd:.....cm Vikt:kg

Gäller fertila kvinnor. Är du gravid? Nej Ja Datum sista mens?

Vid eventuell operation kommer du att få träffa en narkosläkare/sköterska på operationsdagen. Har du behov av att få träffa narkosläkare tidigare? Nej Ja

Tack! För att du tog dig tid att fylla i hälsodeklarationen!

Lämnas vid mottagningsbesöket.