

Hälsodeklaration inför operation och narkos

Viktig information

Informationen du lämnar i detta formulär är till för att vi på bästa sätt ska kunna genomföra din utredning, eventuell operation, narkos och bedövning.

Dina svar är sekretessbelagda och kan bara läsas av behörig personal via din patientjournal.

Besvara frågorna så noga som möjligt. Svara på frågorna när du kan vara ostörd. Det tar ungefär 15-20 minuter. Kontakta din vårdenhets om du har frågor.

Ta fram din läkemedelslista och andra uppgifter du behöver innan du börjar besvara frågorna!

1. Bakgrundsuppgifter

[\[Bild\] bildnamn](#)

1.1.

Formuläret har flera sidor. Om du behöver pausa så kan du fortsätta vid ett senare tillfälle. Klicka på knappen **Spara utkast** (längst ned på formulärets sidor) för att spara formuläret.

Om du fått ett inkommande i 1177 med en länk till formuläret så kan du klicka på länken igen för att fortsätta svara på frågorna.

Du kan även logga in på [1177.se](#) och via menyn gå till **Övriga tjänster**, sedan **Formulär att fylla i** och till sist **Dina pågående frågeformulär**.

Fråga	Svar
Behöver du tolkning till ditt språk när du har kontakt med sjukvården?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Välj språk:	Albanska Arabiska Bosniska/Kroatiska/Serbiska Dari <input checked="" type="radio"/> Engelska Finska Persiska Somaliska Sorani Tigrinja Turkiska Annat språk
Ange språk:	
Har du hörselskada, dövhet eller dövblindhet och behöver tolk?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Ange typ av tolktjänst som du behöver:	Teckenspråkstolk Skrivtolk Taltjänst
Formuläret ifyllt av:	<input checked="" type="radio"/> Mig <input type="radio"/> Mig, med assistans av annan person Vårdare, förmyndare eller förälder
Namn och telefonnummer till vårdare/förmyndare /förälder	
Är du gravid?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Vet ej
Graviditetsvecka:	Vecka 1-14 Vecka 15-28 Vecka 29-42 Osäker, vet ej vilken vecka

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvansson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Ammar du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Längd: Ange din kroppslängd i centimeter (cm). Är du osäker skriv ungefärlig längd.	170 cm
Vikt: Ange din kroppsvikt i kilogram (kg). Är du osäker skriv ungefärlig vikt.	100 kg

2. Vårdinformation och samtycke

[\[Bild\] bildnamn](#)

2.1.

Fråga	Svar
Godkänner du att ansvarig vårdpersonal får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare samt ges behörighet till NPÖ (Nationell Patientöversikt)? NPÖ är en digital sammanställning av dina journaler och recept.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

3. Fysisk funktionsnivå

[\[Bild\] bildnamn](#)

3.1.

Fråga	Svar
Vilket av följande påståenden passar bäst in på dig?	<input checked="" type="checkbox"/> Jag klarar mer krävande fysisk träning, som t.ex. normal jogging (7 min/km). <input type="checkbox"/> Jag klarar lättare fysisk träning, som t.ex. lugn jogging (9 min/km), simning, gräsklippning med handgräsklippare. <input type="checkbox"/> Jag klarar tyngre hushållsarbete, som t.ex. dammsuga eller gå uppför två trappor (två våningar) utan att stanna. <input type="checkbox"/> Jag kan utföra lättare hushållsarbete som t.ex. diska eller gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt. <input type="checkbox"/> Jag blir andfådd av minsta ansträngning.
Behöver du daglig hjälp att ta på kläder, sköta hygien eller vid toalettbesök?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan TolvanSSon

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Har du idag något av följande stöd från kommunal hälso- och sjukvård?	Hemtjänst Hemsjukvård Personlig assistans <input type="checkbox"/> Särskilt boende (t.ex. särskilt boende för äldre) Trygghetslarm Färdtjänst Anhörigvårdare Nej, inget av ovanstående
Beskriv det stöd du får via hemtjänsten: Exempelvis "Besök två gånger om dagen, hjälp med medicinering".	

4. Levnadsvanor

[\[Bild\] bildnamn](#)

4.1.

Fråga	Svar
Röker du?	Ja Nej, har slutat röka <input type="checkbox"/> Nej, aldrig varit rökare
Hur många cigaretter (pipor/cigarrer) röker du per dag?	
När slutade du röka? (ange i veckor, månader eller år)	
Under hur lång tid rökte du?	
Snusar du?	Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hur många standardglas alkohol drack du senaste veckan? Om den gångna veckan inte var typisk, välj en annan vecka. Ett standardglas innehåller 12 gram ren alkohol och motsvarar till exempel:	Inga alls (eller mindre än 1 glas varje vecka) 1-4 glas varje vecka <input type="checkbox"/> 5-9 glas varje vecka 10-14 glas varje vecka fler än 14 glas varje vecka
Använder du droger? Det är bra för narkospersonalen att känna till eventuell användning av droger då det kan påverka dosering av narkosmedel.	Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilka droger använder du?	

5. Sjukdomar/besvär

Formuläret har flera sidor. Om du behöver pausa så kan du fortsätta vid ett senare tillfälle. Klicka på knappen **Spara utkast** (längst ned på formulärets sidor) för att spara formuläret. När du vill fortsätta så loggar du in på [1177.se](#) och går till **Alla övriga tjänster**, sedan **Fyll i formulär** och till sist **Dina pågående frågeformulär**.

[\[Bild\] bildnamn](#)

5.1. Har du någon av nedanstående sjukdomar eller besvär?

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvanesson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Hjärtsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Hjärtinfarkt (någon gång i livet) Kärlkramp Har genomgått kranskärlsröntgen (med eller utan kärilvidgande behandling eller stent) Förmaksflimmer Oregelbunden hjärtrytm (ej förmaksflimmer) Hjärtsvikt Känt blåsljud Klaffsjukdom Pacemaker ICD (inopererad defibrillator) Annan hjärtsjukdom
Vilket år hade du en hjärtinfarkt? <small>Du kan ange ett eller flera årtal, till exempel: 2019, 2020. Om du inte vet årtal, ange ungefär när, till exempel: Mer än 10 år sedan.</small>	
Vilket år gjorde du en kranskärlsröntgen? <small>Du kan ange ett eller flera årtal, till exempel: 2019, 2020. Om du inte vet årtal, ange ungefär när, till exempel: Mer än 10 år sedan.</small>	
Beskriv vilken typ av oregelbunden hjärtrytm du har:	
Vilken hjärtsjukdom? <small>Ange de hjärtsjukdomar som du har eller har haft som inte är med i listan ovan.</small>	
Diagnos hypertoni (högt blodtryck)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Har du behandling för högt blodtryck?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kärlsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Fönstertittarsjuka (Claudicatio) Pulsåderbräck (Aortaaneurysm) Förträngning i halsens blodkärl Opererad för sjukdom i blodkärl Annan kärlsjukdom
Ange vilken sjukdom i blodkärl:	
Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling (någon gång i livet)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Var (i kroppen) och när?	
Lungsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvansson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Välj de alternativ som gäller dig:	Astma KOL/Emfysem Lunginflammation senaste månaderna Annan lungsjukdom
Vilken lungsjukdom?	
Får du ont i bröstet vid ansträngning?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Beskriv kortfattat dina besvär:	
Sömnapné syndrom eller snarkning med andningsuppehåll?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Använder du andningshjälpmedel?	Ja, jag använder CPAP Ja, jag använder BiPAP Ja, jag använder annat andningshjälpmedel Jag använder inte andningshjälpmedel
Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Kostbehandlad Tablettbehandlad Insulinbehandlad Insulinbehandlad med insulinpump
Njursjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Njursten Nedsatt njurfunktion Njursvikt med dialysbehandling Annan njursjukdom
Vilken njursjukdom?	
Leversjukdom?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Välj de alternativ som gäller dig:	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> Levercirros (skrumplever) Annan leversjukdom
Vilken leversjukdom?	
Inflammatorisk tarmsjukdom	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Välj de alternativ som gäller för dig:	<input checked="" type="checkbox"/> Crohns sjukdom <input type="checkbox"/> Ulcerös kolit Annan inflammatorisk tarmsjukdom
Muskelsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvanesson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Välj de alternativ som gäller dig:	Myastenia gravis Myosit Fibromyalgi Ehler-Danlos sjukdom Duchennes muskeldystrofi Annand muskelsjukdom
Vilken muskelsjukdom?	
Ledsjukdom/reumatisk sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Reumatoid artrit SLE Psoriasis artrit Artros Annand ledsjukdom/reumatisk sjukdom
Vilken ledsjukdom/reumatisk sjukdom?	
Ryggsjukdom eller besvär med din rygg?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Diskbråck Spinal stenos Inflammatorisk ryggsjukdom Jag har opererat ryggen Annand sjukdom i rygg
Beskriv vilka besvär du har med din rygg och var du har symtom:	
TIA och/eller stroke (hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	TIA Stroke, jag har haft blodpropp i hjärnan Stroke, jag har haft hjärnblödning Jag vet inte om det var en blodpropp eller en hjärnblödning
Ange årtal, och beskriv eventuella kvarstående symtom eller besvär: Exempel: Stroke 2005, har kvarstående balansproblem och svaghet i vänster ben.	
Neurologisk sjukdom (annan än stroke/TIA)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	Epilepsi MS (multipel skleros) Parkinsons sjukdom Annand neurologisk sjukdom
Vilken neurologisk sjukdom?	
Sjukdom som smittar via blodet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Välj de alternativ som gäller dig:	HIV Hepatit B Hepatit C Annand blodsmitta

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvansson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Vilken blodsmitta?	
Blödningssjukdom (känd)?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Välj de alternativ som gäller dig:	<input checked="" type="checkbox"/> von Willebrands sjukdom <input type="checkbox"/> Hemofili A <input type="checkbox"/> Hemofili B <input type="checkbox"/> Annan blödningssjukdom
Vilken blödningssjukdom?	
Har du ökad blödningsbenägenhet på grund av sjukdom eller läkemedel?	Ja, och jag medicinerar med blodförtunnande läkemedel <input checked="" type="checkbox"/> Ja, men jag medicinerar inte med blodförtunnande läkemedel <input type="checkbox"/> Nej
Har du besvär med sura uppstötningar?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Har du bräck på magmunnen?	Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Vet ej
Gapa så stort du kan och avgör hur många fingrar du får plats med på höjden. <small>Bedömning av hur stort du gapar är viktig information för narkospersonalen.</small>	Jag får plats med tre fingrar eller fler <input checked="" type="checkbox"/> Jag får plats med två fingrar eller färre
Har du någon hudsjukdom?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Markera det som stämmer bäst för dig:	<input type="checkbox"/> Eksem <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Kroniska sår <input type="checkbox"/> Annan hudsjukdom
Vilken hudsjukdom?	
Har du lätt för att bli åksjuk?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Har du smärta dagligen eller nästan varje dag?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Beskriv vilken typ av smärta du har:	
Tar du några mediciner eller andra preparat för din smärta?	Ja <input type="radio"/> Nej
Har du psykiska besvär eller någon psykiatrisk sjukdom?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej
Markera det som stämmer bäst för dig:	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ångest <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom <input type="checkbox"/> Psykossjukdom <input type="checkbox"/> Andra psykiska besvär/sjukdom
Vilka andra psykiska besvär har du?	
Har du någon minnessjukdom?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvansson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

Fråga	Svar
Markera det som stämmer bäst för dig:	Alzheimers sjukdom Annan minnessjukdom
Har du någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Markera det som stämmer bäst för dig:	ADHD ADD Autismspektrumtillstånd Annan
Vilken annan neuropsykiatrisk funktionsnedsättning?	
Har du något syndrom eller någon sällsynt diagnos?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Beskriv eventuellt syndrom eller diagnos:	
Har du någon ärftlig sjukdom i släkten (t.ex. malign hypertermi, porfyri eller ärftlig muskelsjukdom)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Markera de alternativ som gäller dig:	Malign hypertermi Porfyri Muskelsjukdom Annan ärftlig sjukdom
Vilken muskelsjukdom?	
Vilken ärftlig sjukdom?	

6. Medicinsk utrustning

[\[Bild\] bildnamn](#)

6.1.

Fråga	Svar
Har du något inopererat implantat, till exempel medicinsk apparat eller shunt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Markera de alternativ som gäller dig:	Pacemaker ICD (inopererad defibrillator) Protes Annat implantat
Ange var protes sitter:	
Vilket implantat?	

7. Allergi och överkänslighet

Formuläret har flera sidor. Om du behöver pausa så kan du fortsätta vid ett senare tillfälle. Klicka på knappen **Spara utkast** (längst ned på formulärets sidor) för att spara formuläret. När du vill fortsätta så loggar du in på [1177.se](#) och går till **Alla övriga tjänster**, sedan **Fyll i formulär** och till sist **Dina pågående frågeformulär**.

[\[Bild\] bildnamn](#)

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan TolvanSSon

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

7.1.

Fråga	Svar
Är du allergisk mot något läkemedel?	Ja <input type="radio"/> Nej, inte vad jag vet <input type="radio"/>
Ange läkemedelsnamn och typ av reaktion du fått av läkemedlet: Exempel: Har reagerat mot Kåvepenin, utslag över kroppen.	
Har du någon annan allergi eller överkänslighet? Till exempel reagerat på kontrastmedel, nickel eller födoämnen.	Ja <input type="radio"/> Nej, inte vad jag vet <input type="radio"/>
Ange annan allergi eller överkänslighet:	

8. Tidigare operationer och historik

[\[Bild\] bildnamn](#)

8.1.

Fråga	Svar
Har du blivit opererad eller nedsövd någon gång?	Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>
Ange för vad du har blivit opererad/nedsövd, när det skedde, och på vilket sjukhus: Exempel: "Opererat foten 1999 på Sahlgrenska med lokalbedövning".	
Markera om du har haft något av följande problem i samband med operation, narkos eller bedövning? Hoppa över om du inte har haft något av problemen.	Illamående <input type="checkbox"/> Svårbehandlad smärta <input type="checkbox"/> Stor blödning <input type="checkbox"/> Annat problem <input type="checkbox"/>
Beskriv vilket annat problem du har haft:	
Har du fått sjukvård utanför Sverige de senaste 12 månaderna?	Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>
Ange orsak till sjukvård. Ange även vilket land som du har fått vård i:	
Är du, eller någon närstående, bärare av multiresistenta bakterier (t.ex. MRSA, ESBL eller VRE)?	Ja, jag är bärare av multiresistenta bakterier <input type="checkbox"/> Ja, min närstående är bärare av multiresistenta bakterier <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Nej, inte vad jag vet <input type="radio"/>
Beskriv gärna och ange vilken multiresistent bakterie:	

Personnummer: 19121212-1212

Namn: Tolvan Tolvansson

Svar inkommit: 2024-10-03 10:24

Utskriven: 2024-10-03 10:25 av Test Testsson (SE2321000131-P000000099999)

9. Läkemedel

[\[Bild\] bildnamn](#)

9.1.

Fråga	Svar
Använder du läkemedel regelbundet? (tabletter, inhalationer, naturläkemedel, ögondroppar, med mera) Det är mycket viktigt att du lämnar korrekta uppgifter, och att du anger alla läkemedel du använder, även icke-godkända läkemedel och eventuella prestationshöjande preparat.	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Fyll i samtliga dina läkemedel nedan: Ange namn , styrka (t.ex. 25 mg) och dosering (t.ex. 2 gånger per dag), exempel: Alvedon 500 mg 2 gånger per dag.	sddfsdf lkjasöljf ajfk j aölfskja löasklöjf lkö

10. Övrig information

[\[Bild\] bildnamn](#)

10.1.

Fråga	Svar
Finns det någon ytterligare information om dig och din hälsa som det är viktigt att vi känner till när vi möter dig?	öla0
Ange ett telefonnummer som vi kan nå dig på vid eventuella frågor:	2413424
Kontaktuppgifter till anhörig eller närstående: Ange namn, telefonnummer och relation.	sfdasfsf
Om du ska hem samma dag som operationen är det viktigt att det finns en anhörig hos dig första natten. Är detta ordnat?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nej

11.

[\[Bild\] bildnamn](#)

11.1. Detta är formulärets sista sida

Fråga	Svar
När du klickar på NÄSTA så skickas formuläret in	<input checked="" type="radio"/> Jag förstår