

# Hälsodeklaration inför operation BARN

Diagnos och ingrepp:.....

Barnets namn:.....

Datum:.....

Personnummer:.....

Vikt:.....kg.

Längd .....cm.

## Aktuellt tillstånd

Är barnet helt friskt bortsett från orsaken till denna operation?

ja  nej

Om nej, vilken/vilka sjukdomar har barnet?.....

Har barnet varit förkyllt och/eller haft hosta eller krupp de senaste veckorna?

ja  nej

Om ja, när hade barnet feber senast?.....

## Allmänna frågor

Har barnet haft kikhosta de senaste 6 månaderna?

ja  nej

Har barnet haft vattenkoppor?

ja  nej

Har barnet gått/går på någon medicinsk utredning?

ja  nej

Om ja, för vad och var?.....

Har barnet lätt att få näsblod?

ja  nej

## Har barnet eller har barnet haft?

Astma?

ja  nej

Om ja, när hade barnet problem senast?.....

Diabetes?

ja  nej

Njursjukdom, leversjukdom, muskelsjukdom eller hjärtsjukdom?

ja  nej

Om ja, vilken?.....

Epilepsi?

ja  nej

Annan sjukdom/syndrom eller smitta?

ja  nej

Om ja, vilken?.....

## Överkänslighet

Är barnet allergiskt eller överkänsligt mot något läkemedel (tex penicillin),  
födoämne (tex soja, jordnötter) eller något annat ämne (tex latex)?

ja  nej

Om ja, mot vad?.....

Tål barnet acetylsalicylsyra och inflammationshämmande medel (tex Ipren, Voltaren)?

ja  nej

## Mediciner

Tar barnet mediciner/naturläkemedel regelbundet? ja  nej

Om ja, ange medicinens/naturläkemedlets namn, styrka och dos (ange även P-piller).....

## Tidigare operationer/vårderfarenheter

Har barnet vårdats/behandlats utanför Sverige någon gång under det senaste året? ja  nej

År..... Land.....

Har barnet blivit opererat tidigare? ja  nej

Om ja, ange vilket/vilka sjukhus.....

År..... Orsak.....

Har barnet fått narkos tidigare? ja  nej

Har barnet fått lokalbedövning tidigare? ja  nej

Har barnet visat stark oro inför narkos och operation vid något tidigare tillfälle? ja  nej

Om ja, när och vidtogs någon åtgärd?.....

Hade barnet några besvär **efter** narkosen eller uppstod det några andra problem? ja  nej

Om ja, vilket/vilka?.....

Har någon i barnets släkt haft problem i samband med narkos/operation? ja  nej

Om ja, vilket?.....

Har barnet problem med gastrit, illamående eller kräkningar? ja  nej

## Inför denna operation

Behöver ni tolk inför narkos/operation? ja  nej

Om ja, vilket språk?.....

På vilken vårdcentral är barnet listad?.....

## Vårdnadshavarna är skyldiga att informera varandra om planerad vård

Förälders eller annan vårdnadshavares Barnets personnummer:.....

Namn:.....

Underskrift:.....

E-mail.....

Tel: Hem..... Arbete.....

Mobil.....