

Personnummer (ååmmdd-xxxx)	Plats för patientetikett
För- och efternamn	
Telefon	
Längd_____cm Vikt_____kg Blodtryck /	
Närmast närstående (namn och telefon)	

Sjukdomshistoria

Har du sömnapné syndrom / snarksjukdom, eller allvarlig lungsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du sjukdom i rygg eller nacke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder du andningshjälpmedel som till exempel CPAP?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja - vilken?	
Har du behandling för astma eller KOL?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Gapa så stort du kan och avgör hur många fingrar du får plats med på höjden. Får du in tre fingrar på höjden mellan dina tänder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du haft hjärtinfarkt, hjärtsvikt, förmaksflimmer, pacemaker, fel på hjärtats klaffar eller kärlkramp?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du pågående tandarbete, lösa tänder eller tandprotes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja - vilken?		Har du besvär med långvarig smärta som behandlas med morfin eller liknande läkemedel som till exempel smärtplåster?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Medicinerar du mot högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Skatta din smärta i vardaglig aktivitet:	
Har du opererats för sjukdom i dina artärer/pulsådor (aorta/halsartär)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Har du tidigare haft en stroke, TIA eller hjärnblödning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	0 = Ingen smärta 10 = Värsta tänkbara smärta	
Har du haft en blodpropp som krävt blodförtunnande behandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du eller nära släkting överkänslighet mot narkosmedel (så kallat Malign hypertermi)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon sjukdom med ökad blödningsbenägenhet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Är du överkänslig eller allergisk mot några läkemedel, mat eller annan allergi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du epilepsi, MS, Parkinson, Myasteni eller annan neurologisk- /muskelsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja - mot vad och vilka symtom har du fått?	
Om Ja - vilken?			
Behandlas du för sjukdom i njurar eller lever?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilket av följande påståenden beskriver bäst din allmänna kondition? <input type="checkbox"/> Jag motionerar regelbundet (till exempel springer/simmar/cyklar) <input type="checkbox"/> Jag kan gå längre sträckor utan andnöd <input type="checkbox"/> Jag kan gå uppför 15 trappsteg utan andnöd, eller storstäda, skotta snö eller liknande utan andnöd <input type="checkbox"/> Jag kan bara gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt, kan utföra lättare hushållsarbete som att diska/damma <input type="checkbox"/> Jag blir andfådd av minsta ansträngning	
Om Ja - vilken?			
Har du besvär med sura uppstötningar / bräck på magmunnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du behandlad diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om Ja - vilken typ av behandling? <input type="checkbox"/> Insulininjektion/spruta <input type="checkbox"/> Tablett <input type="checkbox"/> Kost			
Har du några psykiska besvär?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du någon neuropsykiatrisk sjukdom / funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har du kronisk inflammatorisk tarmsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om Ja - vilken?			

Läkemedel

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll

Tidigare operationer

Har du blivit opererad eller opererad i narkos någon gång?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Operation	År	Sjukhus	
Har du haft problem i samband med operation, narkos eller bedövning?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja - beskriv vilka problem du har haft:			

Levnadsvanor

Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, har slutat röka	<input type="checkbox"/> Nej, har aldrig varit rökare
Om du är eller varit rökare - hur mycket har du rökt och under hur lång tid:			
Använder du droger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om Ja - vilka droger använder du:			

Övriga information

Övrig information av betydelse för ditt hälsotillstånd eller inför din operation? Till exempel andra sjukdomar, gånghjälpmedel, syn- eller hörselnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Hur bor du?	<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> Servicebostad	<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Ensamboende	<input type="checkbox"/> Sammanboende
Är du, eller kan du vara, gravid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja - ange graviditetsvecka:		Ammar du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du någon pågående infektion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Har du varit i fysisk kontakt med sjukvård utomlands de sista 12 månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Om Ja - var och orsak?					
Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Har du en kvarliggande stomi, urinkateter, peg eller kärlkateter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Har du något inopererat material i kroppen, exempelvis protes i en led?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Är du eller närstående bärare av multiresistent bakterie, till exempel MRB, MRSA, ESBL eller VRE?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Vilken husläkare/vårdcentral är du listad på?	<input type="checkbox"/> Vet ej				
Om du ska hem samma dag som operationen är det viktigt att det finns någon hemma hos dig på natten efter operationen. Går detta att ordna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Behöver du tolk i samband med ditt besök?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Hörsetolk <input type="checkbox"/> Syntolk <input type="checkbox"/> Annat språk:					
Vad är din sysselsättning? (Yrke, studerande, pensionär, heltid/deltid, annat):					
Är du för tillfället sjukskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			

Godkännande och samtycke

Jag samtycker till att Sahlgrenska Universitetssjukhuset får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag samtycker till att min journal skickas till andra vårdgivare som är delaktiga i min vård.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag samtycker till att få påminnelser och aviseringar via SMS.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Personnummer (ååmmdd-xxxx)

Namnteckning

Namnförtydligande