

Hälsobeskrivning - inför leverdonation

Personnummer:

Namn:

Telefon:

Uppgifter om Ditt hälsotillstånd

Som en förberedelse inför eventuell fortsatt utredning för donation av del av lever, ber vi att Du fyller i detta formulär med frågor om ditt hälsotillstånd. Svaren är viktiga för din medicinska säkerhet och **blir en del av Din sekretessbelagda patientjournal.**

Tidigare och aktuella sjukvårdskontakter

Har Du några sjukdomar?

Ja/Nej

Om Ja, vilka?

Har Du vårdats på sjukhus tidigare? Ja/Nej

Om Ja, på vilket sjukhus? När? För vad?

Har Du blivit opererad? Ja/Nej

Om Ja, när och för vad?

Har Du nu eller tidigare haft

Hjärtinfarkt

Annan hjärtsjukdom

Blodpropp, stroke/slaganfall/TIA

Blödningsbenägenhet

Astma

Annan lungsjukdom

Högt blodtryck

Diabetes (sockersjuka)

Njursjukdom

Smittsam sjukdom via blodet (t.ex. hepatit B eller C)

Leversjukdom

Psykisk sjukdom inkl. depression

Alkohol/drogmissbruk eller beroende

Ja Nej

Ja	Nej

Pågående vård/ behandling

Går Du på regelbundna besök (t.ex. läkare, psykolog, fysioterapeut)? Ja/Nej

Om Ja, hos vem, och var?

Har Du adress/telefonnummer, skriv gärna ner det.

Sociala förhållanden

Bor Du ensam? Ja/Nej

Har Du barn? Ja/Nej

Barnens ålder?

Vad har Du för yrke/sysselsättning?

Närmast anhörig:

1. Namn och relation _____

Telefonnummer _____

2. Namn och relation _____

Telefonnummer _____

Relation till eventuell mottagare av Din donerade leverbit?

Om vänskapsrelation, beskriv i ord hur ni känner varandra och sedan hur länge?

Mediciner

Tar Du mediciner regelbundet? Ja/Nej

Om Ja, ange vilken medicin, styrka och antal tabletter?

Läkemedlets namn	Styrka	Antal tabletter/dag

Använder Du naturläkemedel? Ja/Nej

Om Ja, vilka?

Använder Du p-piller? Ja/Nej

Överkänslighet

Är Du allergisk/överkänslig mot något?

(T.ex. medicin, födoämnen, nickel, tejp etc) Ja/Nej

Om Ja, mot vad och vilken reaktion (andnöd, hudutslag, blodtrycksfall)

Röker Du?

Ja/Nej

Om Ja, Hur mycket? _____ Sedan hur länge? _____

Snusar du?

Om Ja, Hur mycket? _____ Sedan hur länge? _____

Alkohol?

Hur mycket alkohol dricker Du per vecka?

Antal glas? _____ Antal tillfällen? _____

Vad? (öl, vin, starksprit) _____

Har Du under en period överkonsumerat alkohol? _____

Din längd _____ **cm** **Din vikt** _____ **kg****Övrigt**

Är det något annat Du vill att vi ska känna till om dig eller som

Du funderar över?

Datum: _____

Namnteckning: _____