

Hälsodeklaration

Välkommen till Thoraxkliniken!

Vi som arbetar här är angelägna om att ge dig bästa möjliga vård i samband med din operation. Därför ber vi dig besvara nedanstående frågor i lugn och ro innan inskrivningen. Var vänlig ta med detta formulär till sjukhuset. Är frågorna otydliga eller svåra att besvara så löser vi det gemensamt vid inskrivningen.

Namn _____ Personnummer _____

Tel nr _____

Vem/vilka är dina närmaste anhöriga?

Anhörig 1

Namn _____ Relation _____

Tel nr _____

Anhörig 2

Namn _____ Relation _____

Tel nr _____

Får vi uppge att du befinner dig på avdelningen om någon ringer och frågar efter dig?

Ja Nej

Har du någon allergi/överkänslighet mot någon medicin?

Ja Nej

Om ja, Vad är du allergisk/överkänslig mot och hur reagerar du?

Har du någon allergi/överkänslighet mot något annat tex mat?

Ja Nej

Om ja, Vad är du allergisk/överkänslig mot och hur reagerar du?

Har du vårdats/behandlats på sjukhus eller varit hos tandläkaren utomlands någon gång de senaste 12 månaderna?

Ja Nej

Om ja, ange varför, var och när? Tag kontakt med vår operationskoordinator tel: 031-342 11 63

Socialt

Civilstånd Gift Sambo Särbo Bor med föräldrar
 Ensamboende Änka/änkling Bor med barn

Yrke? _____

Pensionerad Sjukskriven Annat _____

Har du minderåriga barn?

Ja Födelseår _____ Nej

Kan du vara gravid just nu?

Ja Nej

Hemsituation/boende

Lägenhet med hiss Lägenhet utan hiss, vilken våning _____ Lägenhet på markplan
 Hus/villa

Har du trygghetslarm?

Ja Nej

Har du kontakt med hemtjänst, distriktsköterska, distriktläkare?

Om ja, hur ofta?

Tel nr till hemtjänsten _____

Tel nr till biståndsbedömare _____

Dessa frågor fylls i om du bor Göteborgsområdet:

Vilken kommun/stadsdel tillhör du? _____

Vilken vårdcentral tillhör du? _____

Vem är din husläkare? _____

Har du någon gång blivit, eller varit rädd för att bli, utsatt eller hotad av någon i din närhet?

Ja Nej

Hälsa och vanor

Hur mår du idag?

- Mycket bra Bra Ganska bra Dåligt Mycket dåligt

Hur ser din livsstil ut? Intressen, hobbyer - tycker du om att läsa, lyssna på radio eller se på TV, träna, umgås, trädgård, skapande, etc. Beskriv gärna vad du gör om dagarna!

Hur är din sömn? Beskriv gärna dina rutiner, vill du lägga dig tidigt eller sent, vill du ha det mörkt eller tyst? Behöver du ta sömnmedel?

Har du varit spänd/stressad den senaste veckan? (Ringa in ett alternativ)

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Väldigt mycket

Har du känt dig nedstämd den senaste veckan? (Ringa in ett alternativ)

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Väldigt mycket

Använder du någon form av hjälpmedel?	
Glasögon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontaktlinser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hörapparat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tandprotes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Pacemaker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annat tex CPAP, Bipap	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har du **ApoDos** från apoteket?

- Ja Nej

Är du rökare?

- Ja Hur mycket röker du? _____ cigaretter/dag
 Nej, men jag har tidigare rökt, Vilket år slutade du? _____
 Nej, jag har aldrig rökt

Är du intresserad av att få hjälp med rökavvänjning?

- Ja Nej

Är du snusare?

- Ja Hur mycket snusar du? _____ dosor/veckan
 Nej, men jag har tidigare snusat, Vilket år slutade du? _____
 Nej, jag har aldrig snusat

Aktivitet

Klarar du din vardag självständigt?

- Ja Nej

Om nej, vad behöver du hjälp med? _____

Behövde du hjälp med något av följande?	
Klä på dig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Toalettbesök	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Duscha	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Äta	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Personlig hygien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ta dig i och ur sängen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ta dina läkemedel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har du svårt med något av nedanstående?

- Stå Gå Sätta dig/sitta/resa dig Lägga dig/ligga/stiga upp
 Nej, inga besvär

Har du problem med balansen?

- Ja Nej

Har du ramlat någon gång det senaste året?

- Ja Nej

Använder du något/några hjälpmedel för att underlätta vid aktivitet? Tex. Rollator eller käpp.

- Ja Nej

Om ja, vilka? _____

Motionerar eller tränar du regelbundet?

- Ja Nej

Om ja, beskriv gärna dina vanor – tex. promenader, gym eller hemmaträning

Har du symptom som begränsar dig i vardagen, som vid att handla, städa eller promenera?

- Ja Nej

Om ja, på vilket sätt?

Har din aktivitetsnivå och/eller ork förändrats de sista månaderna?

- Ja Nej

Om ja, på vilket sätt?

Smärta

Har du rörelseinskränkning / smärtor / förändrad känsel?		
Kroppsdel		Beskriv i ord
Huvud	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Nacke	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Axlar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Armar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Händer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Rygg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Höfter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Knän	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Fötter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Tar du smärtstillande läkemedel för detta? Om ja, ange vad medicinen heter och dosering. Detta är bra för oss att veta så att vi kan anpassa smärtlindringen efter dina behov.

Hur mycket smärta har du haft som mest den senaste veckan? (Ringa in ett alternativ)
Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Väldigt mycket

Ökar smärtan vid fysisk aktivitet?

Ja Nej

Har du eller har du tidigare haft beroendetillstånd av smärtlindrande eller lugnande läkemedel?

Ja Nej

Behöver du extra stöd med nedtrappning av morfinpreparat efter din operation?

Ja Nej

Kost och nutrition

Kan du äta som vanligt?

Ja Nej

Om nej, Har du

Ätsvårigheter Aptitlöshet Tugg- eller sväljproblematik Annat _____

Äter du någon form av specialkost? Intolerans eller är det något du väljer bort? Tex. fläsk eller laktos

Ja Nej

Om ja, vilken? _____

Aktuell Längd _____ Vikt _____ (Vi kommer att ta en ny vikt vid besöket)

Har din vikt ofrivilligt förändrats de sista sex månaderna?

Ja Nej

Om ja, har vikten Ökat Minskat Hur mycket? Antal kg _____

Tidigare och nuvarande sjukdomar

Har du tidigare blivit opererad eller fått narkos?

- Ja Nej

Om ja, när opererades du och vilken typ av ingrepp har utförts?

Hur upplevde du det? _____

Har du, eller någon i din släkt, drabbats av komplikationer i samband med narkos?

Känner du oro/rädsla inför din operation och om du gör det vad är det som oroar dig?

Ange om du har eller har haft: markera vilken	
Hjärtsjukdom <input type="checkbox"/> högt blodtryck <input type="checkbox"/> hjärtinfarkt <input type="checkbox"/> kärlkramp <input type="checkbox"/> klaffel <input type="checkbox"/> hjärtsvikt <input type="checkbox"/> oregelbunden puls	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lungsjukdom <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> sömnapné <input type="checkbox"/> andfåddhet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Luftvägsproblem <input type="checkbox"/> hosta <input type="checkbox"/> slem <input type="checkbox"/> andningssvårigheter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Cancer Vilken typ? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Njursjukdom eller urinvägsproblem <input type="checkbox"/> urinläckage <input type="checkbox"/> njursten <input type="checkbox"/> resurin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Leversjukdom <input type="checkbox"/> gallbesvär <input type="checkbox"/> gulsot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Magbesvär/tarmsjukdom <input type="checkbox"/> förstoppning <input type="checkbox"/> diarré <input type="checkbox"/> avföringsinkontinens <input type="checkbox"/> magsår <input type="checkbox"/> magkatarr <input type="checkbox"/> halsbränna/reflux <input type="checkbox"/> magmunsbräck <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/> ulcerös kolit <input type="checkbox"/> Mb Chrons	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Led eller muskelsjukdom <input type="checkbox"/> reumatism <input type="checkbox"/> diskbräck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Neurologisk sjukdom <input type="checkbox"/> epilepsi <input type="checkbox"/> stroke/hjärnblödning <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Diabetes Behandlas med: <input type="checkbox"/> kost <input type="checkbox"/> tablett <input type="checkbox"/> insulin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Psykisk ohälsa <input type="checkbox"/> ångest <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> annat _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Långvarig smärta , var _____ <input type="checkbox"/> kontakt med smärtenhet/vårdcentral	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du några sjukdomar som smittar via blodet <input type="checkbox"/> hepatit <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hudproblem <input type="checkbox"/> sår <input type="checkbox"/> eksem/psoriasis <input type="checkbox"/> skör hud	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon annan sjukdom/ohälsa Om ja, vilken _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vad har du för förväntningar på din operation/vårdtillfälle?

Tack för att du besvarat frågorna och skriv gärna ner det som du vill berätta för oss, men som vi inte frågat om.

Tack för Din medverkan!

**Med vänlig hälsning vårdpersonalen på
Thoraxkirurgiska kliniken
Område 6
Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Var vänlig ta med aktuell läkemedelslista!

Frågor om dina levnadsvanor

Alkohol

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

1. Hur ofta dricker du alkohol?

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | (0 p) |
| <input type="checkbox"/> 1 gång i månaden eller mer sällan | (1 p) |
| <input type="checkbox"/> 2–4 gånger i månaden | (2 p) |
| <input type="checkbox"/> 2–3 gånger i veckan | (3 p) |
| <input type="checkbox"/> 4 gånger/vecka eller mer | (4 p) |

2. Hur många "standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?"

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 1–2 | (0 p) |
| <input type="checkbox"/> 3–4 | (1 p) |
| <input type="checkbox"/> 5–6 | (2 p) |
| <input type="checkbox"/> 7–9 | (3 p) |
| <input type="checkbox"/> 10 eller fler | (4 p) |
| <input type="checkbox"/> Dricker inte alkohol | |



3. Hur ofta dricker du (kvinna) 4 eller (man) 5 glas eller mer vid samma tillfälle?

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Aldrig | (0 p) |
| <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång i månaden | (1 p) |
| <input type="checkbox"/> Varje månad | (2 p) |
| <input type="checkbox"/> Varje vecka | (3 p) |
| <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan varje dag | (4 p) |



Tolkning av AUDIT – C poäng

Poäng mellan

Kvinnor 4–12

Män 5–12

Innebär att du har riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett beroende.

Om du får 4–12 (kvinnor) och 5–12 (män) poäng kommer du få fylla i ett kompletterande frågeformulär på inskrivningsdagen.

Här kan du få råd och stöd:

- [Alkohollinjen](#), 020-84 44 48
- [1177.se](#) Information och tips vart du kan få stöd.
- [Alkoholhjälpen](#). Fakta, tips och diskussionsforum.
- [Din vårdcentral](#).
- [Hälsocoach online](#). Stöd via mobil eller surfplattan.
- Beroendemottagning på [sjukhuset](#). Remiss eller egenremiss, tidsbokning eller drop-in.
- Kommunens lokala alkoholrådgivning: [Göteborgs Stad](#)