

Hälsodeklaration inför operation

Namn:	Längd:
Personnummer:	Vikt:
Känner du dig frisk bortsett från den sjukdom du nu skall behandlas för?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjukhistoria. Har du eller har du haft: (markera vilken)	
Högt blodtryck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hjärtsjukdom (t ex hjärtinfarkt, kärlkramp, klaffel, hjärtsvikt, pacemaker)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lungsjukdom (t ex KOL, TBC, astma, sömnapné, andfåddhet)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Njursjukdom eller urinvägsproblem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Leversjukdom (t ex gulsot, gallbesvär)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Magbesvär (t ex magsår eller magkatarr)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Bråck på matstruben eller övre magmunnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sura uppstötningar senaste månaden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kronisk tarmsjukdom (t ex Mb Crohn, ulcerös colit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Diabetes (kost-, tablett- eller insulinbehandlad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Led- eller muskelsjukdom (reumatism, rygg- eller nackbesvär, diskbråck)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Neurologisk sjukdom (t ex epilepsi, stroke, Parkinson)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Psykisk sjukdom (t ex ångest, depression)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon sjukdom som smittar (t ex hepatit, HIV, TBC, MRSA, ESBL)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon annan sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken?	
Har du haft svårbehandlad smärta efter någon tidigare operation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blödningsbenägenhet	
Har du någon blödningsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken?	
Är du lättblödande?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du haft någon blodpropp? Om ja, var?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon blodförtunnande behandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Allergi och överkänslighet	
Är du allergisk mot någon medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, mot vilken?	
Är du allergisk mot acetylsalicylsyra och/eller inflammationshämmande medel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Allergi mot (ringa in vilka): <input type="checkbox"/> nickel <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/> plåster <input type="checkbox"/> soja <input type="checkbox"/> jordnötter	
Annat:	

Läkemedel						
Tar du mediciner eller naturläkemedel regelbundet?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du p-piller?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Namn på medicinen:		Styrka (t ex 25 mg)		Antal (t ex 2ggr/dag)		
Tidigare operationer						
Har du blivit opererad tidigare?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Typ av operation	År	Sjukhus	Typ av operation	År	Sjukhus	
Har du fått ryggbedövning tidigare? (t ex epidural/EDA, spinal)					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft problem med illamående eller kräkning efter narkos?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du lätt för att bli åksjuk?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du eller någon nära släkting haft problem i samband med narkos?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ge en kortfattad beskrivning:						
.....						
Övriga frågor						
Är du, eller kan du vara gravid?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Röker du? Om ja, hur mycket?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du något pågående eller tidigare missbruk?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilka substanser?						
Har du svårt för att gapa?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du lösa tänder eller tandprotes?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon piercing eller tatuering?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du inopererat material (t ex pacemaker, höft- eller knäprotes)?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du under de senaste 12 månaderna vårdats på ett sjukhus utomlands?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är det något annat du vill diskutera i samband med narkosbedömningen?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Anser du att du behöver tolk i samband med operationen?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Datum: Underskrift:

Hälsodeklaration ifylld av annan: Förälder Tolk Ombud.....