



Har barnet vid tidigare tillfälle visat stark oro inför sövning eller operation? Om ja, vidtogs någon åtgärd?	Ja	Nej
Har barnet visat stark rädsla för nålstick tidigare, t.ex vid vaccination eller provtagning? Om ja, beskriv kortfattat	Ja	Nej
Har barnet haft några besvär eller problem efter narkos/sövning? Om ja, vilket/vilka?	Ja	Nej
Har någon i familj/släkt haft problem i samband med narkos/operation? Om ja, vad och på vilket sätt?	Ja	Nej
Har barnet problem med sura uppstötningar, illamående eller kräkningar?	Ja	Nej

**Läkemedel**

Tar barnet mediciner, naturläkemedel, vitaminer eller kosttillskott regelbundet? (även p-piller)		Ja	Nej
Läkemedel	Styrka (t.ex. 500 mg)	Dosering (t.ex 1 st 3 gånger/dag)	

**Tolk**

Behöver ni tolk vid inskrivningen på operationsdagen?		Ja	Nej
Språk	Hörseltolk	Syntolk	

**Till dig som är tonåring**

Är du, eller kan du vara gravid?	Ja	Nej
Röker eller snusar du? Om ja måste du kontakta ansvarig läkare eller koordinator	Ja	Nej

**Godkännande och samtycke**

Jag ger mitt samtycke till att få SMS-påminnelse	Ja	Nej
--	----	-----

Vårdnadshavares namn

Datum (åååå-mm-dd)

Namnförtydligande

Mobiltelefonnummer

Om ni har frågor eller vill informera oss om något innan operationen ring operationskoordinator. Telefonnummer finns på kallelsen.