

Barnets namn (för- och efternamn)		Datum (åååå-mm-dd)	
Barnets personnummer (ååmmdd-xxxx)		Telefonnummer	
Vikt	kg	Längd	cm

**Aktuellt tillstånd**

Är barnet helt friskt bortsett från orsaken till denna operation?	Ja	Nej
Om nej, vilken/vilka sjukdomar har barnet?		
Har barnet varit förkyllt och/eller haft hosta eller krupp de senaste veckorna?	Ja	Nej
Om ja, när hade barnet feber senast?		

**Överkänslighet**

Är barnet allergiskt eller överkänsligt mot något läkemedel (t.ex. penicillin), födoämne (t.ex. soja, jordnötter) eller annat ämne (t.ex. latex)?	Ja	Nej
Om ja, mot vad?		
Tål barnet inflammationshämmande läkemedel (t.ex. Ipre <sup>®</sup> , Voltaren <sup>®</sup> , Trombyl <sup>®</sup> )?	Ja	Nej

**Hälsostatus**

Har barnet någon hjärtsjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken/vilka?		
Har barnet haft kikhosta de senaste 6 månaderna?	Ja	Nej
Har barnet haft vattkoppor?	Ja	Nej
Har barnet gått/går på någon medicinsk utredning?	Ja	Nej
Om ja, för vad och vart?		
Har barnet lätt för att blöda näsblod?	Ja	Nej
Har barnet astma/förkylningsastma eller andra andningsbesvär?	Ja	Nej
Om ja, vilken sort?		
Använder barnet något andningsstöd?	Ja	Nej
Om ja, vilket?		
Har barnet diabetes, epilepsi, njursjukdom, leversjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vad?		
Har barnet någon muskelsjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken?		
Har barnet en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom?	Ja	Nej
Om ja, beskriv kortfattat		
Har barnet någon smittsam sjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken?		
Utsätts barnet för passiv rökning?	Ja	Nej

**Tidigare operationer/vårderfarenheter**

Har barnet vårdats/behandlats utanför Sverige under det senaste året?	Ja	Nej
Om ja, ange när och var:      År      Land		
Har barnet varit sövt tidigare?	Ja	Nej
Om ja, ange när och var:      År      Sjukhus      Orsak		

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.