

Gäller för: Operation Kungälv's sjukhus
Giltighet från: 2024-09-18
Version: 1
Godkännare: Sejal Klिंगenstierna, Överläkare/Medicinskt ledningsansvarig
Innehållsansvarig: Christina Hedman, Enhetschef Operation

Stödande dokument

Remiss till anestesikliniken Kungälv's sjukhus inför undersökning i narkos

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att underlätta och göra ett patientsäkert handläggande vid undersökning i narkos för patientgrupper som remitteras från öppenvården. Oftast saknas dokumentation i våra sjukhusbundna journaler och undersökningarna gäller patientgrupper som själva inte kan redogöra för symtom eller sjukdomar som kan vara av vikt att känna till inför anestesi. Med en utförlig remiss kan vi göra bättre och säkrare bedömningar.

Vad remissen ska innehålla


- Inför bedömningen ska det finnas utförlig anamnes i remissen gällande aktuellt status och bakgrund.
- Tydlig indikation och angelägenhetsgrad (inom vilken tid önskas undersökningen). Ange vilken sjukhusbunden specialitet man har varit i kontakt med, så att indikationer och uppföljning är väl förankrad i de fall som berörs av vidare uppföljning av slutenvården.
- Vid önskemål om provtagning ska lab.-remiss för prover vara komplett och medfölja remissen.
- Ifylld hälsodeklaration i den mån det är möjligt. Särskilt viktigt är hjärtlungfunktion, tidigare anestesi och allergier, se bilaga nedan.
- Telefonnummer till inremitterande läkare och eventuellt boende för att underlätta kontakt vid önskemål om komplettering av information.
- Vem som följer med till undersökningen, anhörig och/eller boendepersonal och vem som ska kontaktas inför undersökningen för att ge preoperativ information, exempelvis kring läkemedel och fasta.

Hälsodeklaration Kungälv

att fyllas i inför mottagningsbesök **eller** operation.

Fyll i alla frågor!!

Personnummer: _____
 Namn: _____
 Telefonnummer: _____

Är du allergisk mot något läkemedel? Vilket? Vilken reaktion?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Är du allergisk mot ASA (acetylsalicylsyra, Trombyl, Magnecyl) eller NSAID (ex Ipren, Diclofenac)? Om ja vilken reaktion/bevär?  VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annan allergi? (ex plåster, latex, nickel etc). Vilken?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TIDIGARE OCH NUVARANDE SJUKDOMAR	Ja Nej
Har du eller har du tidigare haft: <input type="checkbox"/> hjärtinfarkt, när?..... <input type="checkbox"/> klaffsjukdom <input type="checkbox"/> oregelbunden hjärtrytm <input type="checkbox"/> kärlkramp <input type="checkbox"/> pacemaker/ ICD <input type="checkbox"/> hjärtsvikt <input type="checkbox"/> stent inopererad <input type="checkbox"/> högt blodtryck (även behandlat)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har du något som begränsar din fysiska aktivitet? Om ja, vad begränsar/ symtom: <input type="checkbox"/> bröstsmärtor <input type="checkbox"/> andfåddhet <input type="checkbox"/> muskel/ ledvärk Annat Begränsas du: <input type="checkbox"/> i vila <input type="checkbox"/> lätt promenad <input type="checkbox"/> gång i två trappor <input type="checkbox"/> tungt fysiskt arbete	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har du genomgått någon hjärtundersökning? <input type="checkbox"/> kranskärlsröntgen <input type="checkbox"/> arbetsprov <input type="checkbox"/> ultraljud hjärtat <input type="checkbox"/> långtidsregistrering av hjärtrytm När?.....Var?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har du någon lungsjukdom? <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> KOL sömnapné/ apnéskena/CPAP Annat.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

TIDIGARE OCH NUVARANDE SJUKDOMAR	Ja	Nej
Röker du? Om du har slutat, när?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du diabetes? Om ja, behandling: <input type="checkbox"/> kost <input type="checkbox"/> tablett <input type="checkbox"/> insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du tidigare haft någon hormonsjukdom? (Ex. struma) Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du tidigare haft njursjukdom Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du tidigare haft lever-, gall- eller mag-tarmsjukdom? Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sura uppstötningar när du ligger ner? Är bräck på magmunnen konstaterat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon blödningssjukdom? Vilken?..... Blöder du länge om du får ett sår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du tidigare haft blodpropp? (Ex i lunga, i benet) Om ja, var?..... Vilket år?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon neurologisk sjukdom? <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> epilepsi <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Parkinson Annan:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du någon rygg/led/muskelsjukdom? <input type="checkbox"/> reumatism <input type="checkbox"/> har du nedsatt gapförmåga <input type="checkbox"/> har du nedsatt nackrörlighet <input type="checkbox"/> har du ryggproblem <input type="checkbox"/> fibromyalgia Annan:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLÖM INTE BLANKETTENS BAKSIDA	