

# Hälsodeklaration inför operation

Nedanstående uppgifter kommer att lagras enligt dataskyddsförordningen (GDPR)

Namn:	Längd:
Personnummer:	Vikt:
Känner du dig frisk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
Om nej, ange orsak:.....	
<b>Sjukhistoria</b>	
<b>Har du eller har du haft: (sätt kryss i ruta för Ja eller Nej)</b>	
Högt blodtryck?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hjärtsjukdom (tex hjärtinfarkt, kärlkramp, klaffel, hjärtsvikt, pacemaker)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Lungsjukdom (tex KOL, TBC, astma, sömnapné, andfåddhet)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Njursjukdom eller urinvägsproblem?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Leversjukdom (tex gulsot, gallbesvär)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Magbesvär (tex magsår eller magkatarr)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Bråck på matstrupen eller övre magmunnen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Sura uppstötningar senaste månaden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Kronisk tarmsjukdom (tex Mb Crohn, ulcerös colit)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Diabetes (kost-, tablett- eller insulinbehandlad)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Led- eller muskelsjukdom (tex reumatism, rygg- eller nackbesvär, diskbråck)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Neurologisk sjukdom (tex epilepsi, stroke, Parkinson)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Psykisk sjukdom (ängest, depression)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Har du någon sjukdom som kan vara smittsam (tex hepatit, HIV eller TBC)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken?.....	
Är du bärare av resistenta bakterier (tex MRSA, ESBL eller VRE)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken?.....	
Har du någon annan sjukdom?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken?.....	
<b>Blödningsbenägenhet</b>	
Har du någon blödningsjukdom?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Om ja, vilken?.....	
Blöder du lätt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Har du haft någon blodpropp? Om ja, var?.....	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Har du någon blodförtunnande behandling (tex ASA, Heparin eller Waran)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

Var god vänd

Personnummer:.....

<b>Allergi och överkänslighet</b>		
Är du allergisk mot något läkemedel (tex acetylsalicylsyra eller inflammationshämmande medel)? Om ja, mot vilket?..... Är du allergisk mot något annat? Om ja, mot vad?.....		
<b>Läkemedel</b>		
Tar du läkemedel eller naturläkemedel regelbundet? Använder du någon hormonell preventivmetod (tex p-piller, p-stav, p-spruta)? Om ja, vilken?.....		
Namn på läkemedel du tar regelbundet:	Styrka (tex 25 mg)	Antal (tex 2 ggr/dag)
Har du ytterligare läkemedel? Om ja, fortsatt på sida 3.		

<b>Tidigare operationer/förlossningar</b>					
Har du blivit opererad tidigare?					
Typ av operation	År	Sjukhus	Typ av operation	År	Sjukhus
Har du haft svårbehandlad smärta efter tidigare operation? Har du fått ryggbedövning tidigare? (tex epidural/EDA, spinal) Har du fött barn? Har du haft problem med illamående eller kräkning efter narkos? Har du lätt för att bli åksjuk? Har du eller någon nära släkting haft problem i samband med narkos? Om ja, ge en kortfattad beskrivning:					
<b>Övriga frågor</b>					
Är du, eller kan du vara gravid?					
Röker du? Om ja, hur mycket?.....					
Har du något pågående eller tidigare missbruk? Om ja, vilka substanser?.....					

Personnummer:.....

Har du svårt för att gapa? Har du lösa tänder eller tandprotes? Har du någon piercing eller tatuering? Har du inopererat material (t ex pacemaker, höft- eller knäprotes)?
Har du under de senaste 12 månaderna vårdats på ett sjukhus utomlands? Är det något annat du vill diskutera i samband med narkosbedömningen? Behöver du tolk i samband med operationen? Språk:.....
Om dagkirurgisk operation ska utföras är det viktigt att det finns någon hemma hos dig efter operationen. Är detta ordnat?
Datum:..... Underskrift:.....
Hälsodeklaration ifylld av annan: Namn:.....Telefonnr:.....

Forts. Namn på läkemedel du tar regelbundet:	Styrka (t ex 25 mg)	Antal (t ex 2 ggr/dag)