

Hälsodeklaration inför operation

Journalhandling

Personnummer:

Enhet:

Namn:

Tel:

Tel dagtid:

Planerad operation:

Mobil:

	Nej	Ja		Nej	Ja
Har Du* någon hjärtsjukdom? <i>Ex. Kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är Du* opererad tidigare? För vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* fått narkos eller ryggbedövning tidigare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir Du* onormalt andfådd eller får Du ont i bröstet vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* eller någon nära släkting haft problem vid narkos? Vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* någon lungsjukdom? <i>Ex. Astma, KOL</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blöder Du* lätt eller ovanligt länge vid små sår eller tandläkarbehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röker Du*? Om ja, hur mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* diabetes? Kost-, tablett-, eller insulinbehandlad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* nackproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* någon njursjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* svårt att gapa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* någon lever- eller gallsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* haft blodpropp? Var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? <i>Ex. Reumatism, epilepsi, MS</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är Du* överkänslig mot läkemedel eller något annat? Vilka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du* någon sjukdom som smittar via blodet? <i>Ex. HIV, hepatit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har Du* någon annan sjukdom? Vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir Du* lätt åksjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Är Du* tidigare sjukhusvårdad? För vad? När? Var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*= Ditt barn

Längd: cm Vikt: kg

Ange namn, styrka och dosering på alla läkemedel Du* använder (även naturläkemedel)

Något annat viktigt:

.....

..... v.g.v.

Datum:

Underskrift:

