

Hälsodeklaration inför sövning och operation

Informationen från hälsodeklarationen hjälper oss att ge dig en så bra och säker vård som möjligt. Försök att vara så noggrann som möjligt.

Du kan också fylla i hälsodeklarationen digitalt genom att skanna koden till höger.



Hälsa, sjukdomar, vård och behandling

Hur lång är du?

Skriv längden i centimeter:

Hur mycket väger du?

Skriv vikten i kilogram:

Har du blivit opererad någon gång?

Ja

Nej

Om "Ja", för vad?

Finns det någon ärftlig sjukdom i din släkt?

Till exempel porfyri, ärftlig muskelsjukdom eller malign hypertermi.

Ja

Nej

Har du eller har du tidigare haft något av dessa hälsoproblem eller sjukdomar?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom | <input type="checkbox"/> Blödningssjukdom |
| <input type="checkbox"/> Högt blodtryck eller blodtrycksbehandling | <input type="checkbox"/> Blöder lätt eller onormalt länge, till exempel vid små sår eller tandläkarbehandling |
| <input type="checkbox"/> Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling (någon gång i livet) | <input type="checkbox"/> Sömnapnésyndrom eller snarkning med andningsuppehåll |
| <input type="checkbox"/> Blir onormalt andfådd eller får ont i bröstet vid ansträngning | <input type="checkbox"/> Svårt att gapa |
| <input type="checkbox"/> Stroke (hjärnblödning eller infarkt) eller TIA | <input type="checkbox"/> Bråck på magmunnen |
| <input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom (annan än stroke eller TIA) | <input type="checkbox"/> Sura uppstötningar eller halsbränna |
| <input type="checkbox"/> Lungsjukdom | <input type="checkbox"/> Lätt för att bli åksjuk |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hudsjukdom, till exempel eksem eller psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Njursjukdom | <input type="checkbox"/> Sår i eller i närheten av området där du ska behandlas |
| <input type="checkbox"/> Leversjukdom | <input type="checkbox"/> Psykiska besvär eller psykiatrisk sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Muskelsjukdom | <input type="checkbox"/> Fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning |
| <input type="checkbox"/> Ledsjukdom eller reumatisk sjukdom | <input type="checkbox"/> Nej, jag har inte och har inte heller haft något av dessa hälsoproblem eller sjukdomar |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom i rygg eller nacke | |
| <input type="checkbox"/> Problem med smärta dagligen eller nästan varje dag | |
| <input type="checkbox"/> Sjukdom som smittar genom blodet | |

Hälsodeklaration inför sövning och operation

Personnummer



Har du sökt vård utanför Norden under de senaste sex månaderna?

Ja

Nej

Bär du eller någon närstående på multiresistenta bakterier?

Till exempel MRSA, ESBL eller VRE.

Ja

Nej

Använder du läkemedel regelbundet?

Frågan gäller även naturläkemedel, prestationshöjande medel och läkemedel som inte är godkända i Sverige.

Ja

Nej

Namn på läkemedel

Styrka

T.ex. 500mg

Dosering

T.ex. 1 tablett 3 gånger om dagen

Namn på läkemedel	Styrka T.ex. 500mg	Dosering T.ex. 1 tablett 3 gånger om dagen

Obs! Om du har fler än 5 läkemedel så behöver du skriva ned dem på ett annat papper och lämna det tillsammans med hälsodeklarationen till oss.

Är du allergisk mot något läkemedel eller har du någon annan allergi eller överkänslighet?

Ja

Nej, inte vad jag vet

Om "Ja", mot vad?

Är du gravid?

Ja

Nej, inte vad jag vet

Ammar du?

Ja

Nej

Levnadsvanor

Denna del är utformad för vuxna. Du som fyller i som vårdnadshavare fyller bara i de frågor som är relevanta för ditt barn.

Hur många glas alkohol dricker du en vanlig vecka?

För att kunna jämföra olika typer av alkoholhaltiga drycker använder vi ett mått som kallas standardglas. Ett standardglas innehåller 12 gram ren alkohol och motsvarar:



sprit
4 cl



starkvin
8 cl



vin
15 cl



starköl
33 cl



folkköl
50 cl

- 1–4 glas
- 5–9 glas
- 10 glas eller mer
- Ingen alkohol alls eller mindre än ett glas

Röker du?

- Nej, jag har aldrig rökt
- Nej, jag slutade röka för mer än 6 månader sedan
- Nej, jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan
- Ja.

Om "Ja", hur mycket?

Övergripande frågor

Vilket telefonnummer når vi dig enklast på?

Till exempel 0712-123456 eller +46712123456 (Skriv inte telefonnummer om du har skyddade personuppgifter.)

Fick du hjälp av någon att svara på frågorna i det här formuläret?

Exempelvis av en vårdnadshavare, vårdpersonal eller en annan person.

 Ja Nej

Behöver du hjälp av en tolk när du har kontakt med vården?

 Ja Nej

Om ja, vilket språk och dialekt?

Samtycke

För att säkerställa en helhetsbild av din hälsa kan det vara viktigt att vi har tillgång till relevant information från andra vårdgivare. Vi ber därför om ditt samtycke för att kunna ta del av nödvändig information inför din operation.

Samtycker du till att behörig personal får läsa din journal från andra regioner eller från privat hälso- och sjukvård?

 Ja Nej

För att säkerställa en säker och samordnad vård vill vi be om ditt samtycke att få ta del av din lista över mediciner hos E-hälsomyndigheten.

Samtycker du till att behörig personal tar del av din läkemedelslista hos E-hälsomyndigheten?

 Ja Nej

Finns det något mer som du tycker att vi behöver veta om dig?

Datum

Underskrift
