

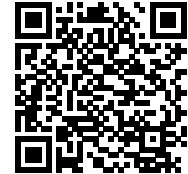
Personnummer



Hälsodeklaration inför sövning och operation

Informationen från hälsodeklarationen hjälper oss att ge dig en så bra och säker vård som möjligt. Det är därför viktigt att du bara fyller i hälsodeklarationen om du har blivit ombedd av hälso- och sjukvården att göra det. Försök att vara så noggrann som möjligt.

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



Frågor om tidigare vård och behandling

Har du blivit opererad någon gång?

- Ja Nej

Vad opererades du för och när?

Har du blivit sövd eller fått lokalbedövning någon gång?

- Ja Nej

Har du fått något av de här problemen när du sövdes eller bedövades?
(Ange minst 1 och max 4 alternativ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Illamående | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Smärta som var svår att behandla | <input type="checkbox"/> Nej, inte vad jag vet |
| <input type="checkbox"/> Stor blödning | |

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

- Ja Nej

Vad sökte du vård för och i vilket land?

Bär du eller någon närstående på multiresistenta bakterier?

Till exempel MRSA, ESBL eller VRE.

- Ja Nej

Frågor om tidigare och nuvarande sjukdomar

Har du eller har du tidigare haft något av dessa hälsoproblem eller sjukdomar? (ange minst 1 och max 27 alternativ)

- | | |
|--|---|
| <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"/> Sömnapné syndrom eller snarkning med andningsuppehåll |
| <input type="checkbox"/> Bli orormalt 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, till exempel skavsår, skrubbsår eller trycksår |
| <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 | |

Beskriv hälsoproblemet eller sjukdomen som du har markerat och skriv gärna eventuell diagnos.

Har du något annat hälsoproblem eller någon annan sjukdom?

- Ja Nej

Beskriv hälsoproblemet eller sjukdomen och skriv gärna eventuell diagnos.

Personnummer



Hälsodeklaration inför sövning och operation

Finns det någon ärftlig sjukdom i din släkt?

Till exempel porfyri, ärftlig muskelsjukdom eller malign hypertermi.

- Ja Nej

Beskriv kort vilken ärftlig sjukdom som finns i din släkt.

Har du något av följande? (ange minst 1 och max 3 alternativ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urinkateter, tarmstomi eller annat dränage | <input type="checkbox"/> Inopererad shunt eller medicinteknisk apparat, till exempel en pacemaker |
| <input type="checkbox"/> Central venkateter (CVK), venport såsom port-a-cath eller PICC-line | <input type="checkbox"/> Jag har inget av ovanstående |

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

Frågor om läkemedel

Läkemedel

Använder du läkemedel eller prestationshöjande medel regelbundet?

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

Ja Nej

Namn på läkemedel	Styrka T.ex. 500mg	Beredningsform T.ex. tablett, salva eller droppar	Dosering T.ex. 1 tablett 3 gånger om dagen
-------------------	-----------------------	---	--

Obs! Om du har fler än 10 läkemedel så behöver du skriva ned dem på ett annat papper och lämna det tillsammans med hälsodeklarationen till oss.

Allergier

Är du allergisk mot något läkemedel?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Vilket läkemedel är du allergisk mot? Beskriv kort hur du reagerade på läkemedlet.

Har du någon annan allergi eller överkänslighet?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Vad är du allergisk eller överkänslig mot? Beskriv kort hur du reagerade.

Samtycke

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

Levnadsvanor

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



folköl
50 cl

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

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

Hur mycket röker du?

- Jag röker, men inte varje dag
- 10–19 cigaretter varje dag
- 1–9 cigaretter varje dag
- Fler än 19 cigaretter varje dag

Använder du droger?

- Ja
- Nej

Vilka droger?

Hur mycket fysisk aktivitet klarar du av i vardagen?

- Mer krävande fysisk aktivitet, till exempel löpning eller tunga lyft.
- Lättare fysisk aktivitet, till exempel en snabb promenad, simning eller trädgårdsarbete.
- Tyngre hushållsarbete, till exempel dammsuga eller svabba golv. Gå upp två våningar i trappor utan att stanna.
- Lättare hushållsarbete, till exempel diska eller damma.
- Inget, jag blir andfådd av minsta ansträngning.

Övergripande frågor

Vilket telefonnummer når vi dig enklast på?

Till exempel 0712-123456 eller +46712123456

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

Vilket språk och dialekt?

Hur lång är du?

Skriv längden i centimeter.

Vad väger du?

Skriv vikten i kilogram.

Är du gravid?

Ja Nej, inte vad jag vet

Ammar du?

Ja Nej

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

Datum

Underskrift
