

Hälsodeklaration inför operation i Region Skåne

Journalhandling
 Enhet:
 Tel:
 Planerad operation:
 Ansvarig läkare:

Patient-ID:
 Tel dagtid:
 Tel mobil:
 E-postadress:

NEJ JA		NEJ JA	
Har du* någon hjärtsjukdom? Ex: kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud.		Är du* tidigare sjukhusvårdad? För vad? När? Var?	
Har du* högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?		Är du* opererad tidigare? För vad?	
Blir du* onormalt andfådd eller får Du ont i bröstet vid ansträngning?		Har du* fått narkos eller ryggbedövning tidigare?	
Har du* någon lungsjukdom Ex. astma, KOL		Har du* eller någon nära släkting haft problem vid narkos? Vad?	
Röker du*? Om ja, hur mycket?		Blöder du* lätt eller ovanligt länge vid små sår eller tandläkarbehandling?	
Har du* diabetes? Kost-, tablett-, eller insulinbehandlad?		Finns det en möjlighet att du är gravid?	
Har du* någon njursjukdom?		Har du* nackproblem?	
Har du* någon lever- eller gallsjukdom?		Har du* svårt att gapa?	
Har du* någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? Ex: reumatism, epilepsi, MS		Har du* haft blodpropp? Var?	
Har du* någon sjukdom som smittar via blodet? Ex: HIV, hepatit		Är du* överkänslig mot läkemedel eller något annat? Vilka?	
Blir du* lätt åksjuk?		Har du* någon annan sjukdom? Vilken?	

*=ditt barn

Längd: cm **Vikt:** kg

Ange namn, styrka och dosering på alla läkemedel du använder (även naturläkemedel):

.....

Något annat viktigt:

.....

Datum:

Underskrift: