

Hälsodeklaration inför operation i narkos eller sedering

Dagens datum: Förnamn och efternamn:

Planerad operation: Personnummer:

Ansvarig läkare: Ditt telefonnummer:

Längd: cm Vikt: kg

	NEJ	JA		NEJ	JA
Har DU någon hjärtsjukdom? Ex. kärlkramp, oregelbunden rytm, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, bläsljud	☐	☐	Är DU tidigare sjukhusvårdad? För vad? När?	☐	☐
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 pacemaker eller någon annan inplanterad apparat?	☐	☐
Snarkar du eller har du andningsuppehåll?	☐	☐	Har du psykiska besvär t.e.x depression, ADHD, annat?	☐	☐
Har du magmunsbräck eller halsbränna?	☐	☐	Har DU någon annan sjukdom? Vilken?	☐	☐
Får vi ta del av dina journaler från andra vårdgivare?	☐	☐	Om någon närstående ringer, får vi lämna ut uppgifter om dig?	☐	☐

Är du bärare av multiresistenta bakterier t.e.x MRSA, ESBL eller VRE?

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

Annan viktig information: