

EGENERKLÆRING - Helseopplysninger

For å sikre deg best mulig behandling, ber vi deg om å fylle ut **begge sider** av dette skjemaet. Kryss av det som er riktig for deg, evt. tilleggsopplysninger eller annet. **TA MED SKJEMAET NÅR DU KOMMER TIL OSS.** Er det noe du er usikker på – ta kontakt med fastlegen din. Vi går gjennom skjemaet når du kommer.

HAR DU HATT FØLGENDE SYKDOMMER – Kryss av **NEI** eller **JA** og hvis **JA** hvilken type sykdommer/operasjoner:

| SPØRSMÅL OG SVAR: | | For sykehusets notater |
|--|--|--|
| TIDLIGERE OPERERT | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hjerte/bypass <input type="checkbox"/> Hjertestent <input type="checkbox"/> Hjerteklaff <input type="checkbox"/> Andre operasjoner?..... |
| HJERTESYKDOM | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Hovne ben <input type="checkbox"/> Annet?..... |
| LUNGESYKDOM | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Kols <input type="checkbox"/> Emfysem <input type="checkbox"/> Snorkesyke/Søvnapné <input type="checkbox"/> Annet? |
| MAGE-, LEVER-, eller NYRESYKDOMMER | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Magesår <input type="checkbox"/> Magekatarr <input type="checkbox"/> Spiserørsbrokk <input type="checkbox"/> Sure oppstøt <input type="checkbox"/> Leversykdom <input type="checkbox"/> Nyresvikt <input type="checkbox"/> Annet? |
| DIABETES eller STOFFSKIFTESYKDOM | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes behandling: <input type="checkbox"/> Mat <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Stoffskiftesykdom <input type="checkbox"/> Annet? |
| INFEKSJONER? | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tenner <input type="checkbox"/> Urinveier <input type="checkbox"/> Annet? |
| SMITTSOM SYKDOM | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitt/gulsot <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Annet? |
| PÅVIST MRSA eller INNLAGT PÅ SYKEHUS I UTLANDET | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Påvist MRSA som er en bakterietype. <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus i utlandet siste 12 mnd. |
| TIDLIGERE BLODPROPP | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lunger <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Armer <input type="checkbox"/> Arvelig blodproppendens <input type="checkbox"/> Annet? |
| BLØDNINGSSYKDOMMER | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mye blåmerker <input type="checkbox"/> Annet? |
| EPILEPSI, HJERNESLAG eller ANDRE NEVROLOGISKE SYKDOMMER | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> MS (multippel sklerose) <input type="checkbox"/> Drypp/hjerneslag <input type="checkbox"/> Annet? |
| KREFTSYKDOM | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | Hvilken type kreft ? |

| ANDRE SPØRSMÅL: | | | For sykehusets notater |
|--|--|---|--|
| ALLERGI MOT NOE | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medisiner <input type="checkbox"/> Bedøvelse <input type="checkbox"/> Lateks <input type="checkbox"/> Matvarer <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Annet ? | |
| FASTE MEDISINER | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Albyl E <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Plavix/Ticlid <input type="checkbox"/> Annet ? | |
| PROBLEMER MED TIDLIGERE NARKOSE? | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | Hvilke problem ? | |
| STORT FORBRUK AV SMERTESTILLENDE MEDISINER ? | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Tidligere Hvilke tabletter? | |
| RØYKER DU ? | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mer enn 5 pr. dag <input type="checkbox"/> Mindre enn 5 pr. dag <input type="checkbox"/> Sigarer <input type="checkbox"/> Pipe | |
| DRIKKER DU ALKOHOL ? | NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> 3-5 dager i uken <input type="checkbox"/> 2 dager eller mindre i uken | |
| DIN HØYDE: | | | <input type="checkbox"/> Til dagkirurgi |
| DIN VEKT: | | | <input type="checkbox"/> Innlegges til opr. |
| | | | <input type="checkbox"/> Med. tilsyn bestilt |
| | | | <input type="checkbox"/> Tilsyn anestesilege |

NB! Ta med liste over medisiner inkl. dosering fra fastlegen ved fremmøte.

Trengs et nytt eksemplar av dette skjemaet kan det lastes ned fra vår nettside: www.mhh.no/pasient-og-paroende

.....
pasientens navn MED BLOKKBOKSTAVER

.....
fødselsdato

.....
dato

.....
underskrift