

## 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 .

SPØRSMÅL OG SVAR: Kryss av NEI eller JA , - evt hvilken type operasjoner / sykdommer:		For sykehusets notater
<b>TIDLIGERE OPERERT?</b> (evt hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spesifiser:.....
<b>PROBLEMER MED TIDL. NARKOSE/BEDØVELSE?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Type problem? .....
<b>HJERTESYKDOM?</b> (Innlagt? evt hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bypass operasjon <input type="checkbox"/> Hjertestent <input type="checkbox"/> Hjerteklaff <input type="checkbox"/> Hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Annet?.....
<b>LUNGESYKDOM?</b> (Innlagt? evt hvor og når?)	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"/> Bruker CPAP <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>NYRE-, LEVER-, eller MAGESYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nyresykdom <input type="checkbox"/> Leversykdom <input type="checkbox"/> Spiserørsbrokk <input type="checkbox"/> Sure oppstøt <input type="checkbox"/> Magesår <input type="checkbox"/> Annet/ spesifiser .....
<b>DIABETES eller STOFFSKIFTESYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes behandling: <input type="checkbox"/> Diett <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Stoffskiftesykdom <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>NYLIG GJENNOMGÅTTE INFEKSJONER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenner <input type="checkbox"/> Urinveier <input type="checkbox"/> Luftveier <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>SMITTSOM SYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>INNLAGT PÅ SYKEHUS / OPERERT I UTLANDET?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Testet for MRSA (resistent bakterie).? Dato:..... <input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus/ tannbehandling i utlandet siste 12 mnd.
<b>TIDLIGERE BLODPROPP?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hjerne <input type="checkbox"/> Lunger <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Øyne <input type="checkbox"/> Arvelig blodproptendens <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>BLØDERSYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser .....
<b>HJERNESLAG, EPILEPSI, PARKINSON, ANDRE NEVROLOGISKE SYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Annet/ spesifiser .....
<b>KREFTSYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Krefttype/ årstall/ behandling? .....
<b>ANNEN SYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser .....

ANDRE SPØRSMÅL:		For sykehusets notater
ALLERGIER?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medisiner <input type="checkbox"/> Bedøvelse <input type="checkbox"/> Lateks <input type="checkbox"/> Sulfa /antibiotika <input type="checkbox"/> Ibox/ Voltaren o.l  Annet/spesifiser reaksjon?.....
BLODFORTYNNENDE? (Husk medisinliste!)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Albyl E <input type="checkbox"/> Asasantin <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Plavix/ Brilique/ Efient <input type="checkbox"/> Xarelto/ Eliquis/ Pradaxa
ANDRE FASTE MEDISINER? (Husk medisinliste!)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Navn på tabletter og dosering:
RØYKER DU?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Sluttet (når?) SNUS? NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Evt. spesifiser:.....
DRIKKER DU ALKOHOL?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> 3-5 dager pr. uke <input type="checkbox"/> 2 dager eller mindre pr. uke
DIN HØYDE.....CM	DIN VEKT.....KG	<b>For Legen på MHH:</b> Blodtrykk:  Puls:  Cor: Pulm:  Halskar:
FØDSELSDATO:	NAVN: (BLOKKBOKSTAVER)	
DATO:	UNDERSKRIFT: .....	
<b>NB! MEDISINLISTE!</b>		<b>Vennligst ta med en liste over medisinbruk, inkl. dosering, fra din primærlege ved fremmøte.</b>

Trengs et nytt eksemplar av dette skjemaet kan det lastes ned fra vår internettside: [www.mhh.no](http://www.mhh.no)

### For bruk på sykehuset:

Pasienten er ortopedisk klarert

skjema scannes for mulig senere bruk

til dagkirurgi: .....

til innleggelse: .....

Det skal innhentes ort. tilleggsopplysninger: .....  
(fra hvor og når) .....

Pasienten er medisinsk klarert

JA

NEI, pas. skal vurderes av anestesilege

Det skal innhentes medisinske tilleggsopplysninger: .....  
(fra hvor og når) .....

Pas har nyoppdaget lidelse og er henvist til utredning for: .....

...../...../.....  
Dato / Init. ortoped / Sign. ortoped