

Egenerklæring om helse

Vi ber deg fylle ut skjema slik at vi får tilstrekkelig opplysninger om din helse i forbindelse med at du er planlagt til operasjon.

For hjelp til utfylling av skjema – ta kontakt med din fastlege/henvisende lege.

Opplysninger i dette skjemaet er viktig for din behandling.

Dersom vi ikke mottar utfylt skjema vil du ikke kunne få gjennomført din planlagte operasjon.

Personnummer: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./Poststed: _____

Mobiltelefon: _____ Telefon privat: _____

Kjønn: Kvinne Mann:

Trenger du/dere telefon tolk? Ja Nei Hvis ja – hvilket språk? _____

Høyde (cm): _____ Vekt (kg): _____

Din fastlege (navn og adresse: _____

Nærmeste pårørende:

Navn: _____ Fødselsdato: _____

Relasjon: _____

Mobilnr: _____ Telefon hjem: _____

Pårørende:

Navn: _____ Fødselsdato: _____

Relasjon: _____

Mobilnr: _____ Telefon hjem: _____

1. Har du vært innlagt på sykehus, mottatt helsehjelp tannbehandling, arbeidet eller oppholdt deg i institusjon utenfor Norden i løpet av de siste 12 mnd? Ja Nei

Hvis ja – når og hvor?

Ta kontakt med fastlegen for prøvetaking MRSA

2. Du må avtale at noen kan være hjemme hos deg etter operasjon. Har du problemer med å ordne dette?
Hvis ja – ta kontakt med [sykehuset] Ja Nei
3. Kan du komme på kort varsel? Ja Nei
4. Har du noen form for allergi (cave)?
Hvis ja – hvilken type og hva slags reaksjon? Ja Nei
5. Bruker du noen form for medisiner?
Hvis ja – legg ved liste/skriv navn på medisin her: Ja Nei
6. Har du vært innlagt på sykehus i Norge tidligere, inkludert operasjoner?
Hvis ja – list opp under:
Operasjon/tilstand/sykdom: Hvilket sykehus: Årstall: Ja Nei
7. Har du vært hos en spesialist eller sykehuslege de siste 5 årene?
Hvis ja – list opp under:
Årsak til legebesøk: Legens navn: Tidspunkt siste konsultasjon: Ja Nei
8. Har du eller et familiemedlem hatt problemer med narkose/bedøvelse tidligere?
Hvis ja – hva skjedde? Hvilket sykehus og når? Ja Nei
9. Har du problemer med å åpne munnen vidt eller har begrenset nakkebevegelighet?
Hvis ja – forklar: Ja Nei
10. Har du noen løse tenner i munnen, proteser eller broer som kan tas ut?
Hvis ja – beskriv: Ja Nei
11. Har du problemer med å ligge flatt på ryggen? Ja Nei
12. Har du problemer med å gå i en trapp 2 etasjer uten å stoppe?
Hvis ja – hva stopper deg? Ja Nei

13. Har du noen spørsmål om narkose/bedøvelse som du ønsker å snakket med narkosepersonell om?
Hvis ja – hva? Ja Nei
14. Tidligere sykdommer. Har du eller har du noen gang hatt:
- Behandling for høyt blodtrykk? Ja Nei
- Angina eller andre brystmerter? Ja Nei
- Hjerteinfarkt? Ja Nei
- Annen hjertelidelse (f.eks. klaffefeil/bilyd/pacemaker)? Ja Nei
- Lungesykdom? Ja Nei
- Kortpusthet? Ja Nei
- Astma? Ja Nei
- Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS? Ja Nei
- Har du noen gang brukt inhalasjonsmedisin? Ja Nei
- Annen pustelidelse (f.eks. søvnapnoe/snorkesyke)? Ja Nei
- Bruker du CPAP/BIPAP (pusteapparat)? Ja Nei
- Diabetes/sukkersyke? Ja Nei
- Leddgikt? Ja Nei
- Epilepsi/krampeanfall? Ja Nei
- Psykisk sykdom? Ja Nei
- Hjerneslag? Ja Nei
- Besvimelser? Ja Nei
- Blodpropp eller blødningsforstyrrelser? Ja Nei
- Anemi/lav blodprosent? Ja Nei
- Tidligere blodoverføring? Ja Nei
- Nyresykdom? Ja Nei
- Hepatitt/gulsott/leversykdom? Ja Nei
- Sure oppstøt/halsbrann/mellomgulvsbrokk? Ja Nei
- Magesår/tolvfingertarmsår? Ja Nei
- Har din lege utskrevet kortison/prednisolon? Ja Nei
- Finnes det sykdom som er arvelig i familien din? Ja Nei
- Smittsom infeksjonssykdom? Ja Nei
- Røyker du/snuser du? Ja Nei

Drikker du alkohol?

Ja Nei

Er du gravid?

Ja Nei

Ammer du?

Ja Nei

Dersom du får endring i din helsetilstand, eller får nye sykdommer etter at du har sendt inn egenerklæringen, må du straks ta kontakt med [sykehuset] på telefon [xx xx xx xx]. Dette er viktig for at du skal få gjennomført din planlagte operasjon.

Signatur: _____

Dato: _____

Evt. signatur til personen som har fylt ut skjema: _____