

Boxen fylls i av sjuksköterska!

Operationsdatum _____ Operation _____

Operatör _____ Sjukvårdsförsäkring _____

Inscannad av _____

Viktigt att lämna/skicka in denna hälsodeklaration OMGÅENDE för att operationen ska kunna utföras planerat datum!

Namn: _____ Personnummer: _____

Mobilnummer: _____ Anhörig/Tel.nr: _____

Arbetsuppgifter vid behov av sjukskrivning)?

Kan du tänka dig att bli opererad av en annan operatör på kliniken? Ja Nej

Vad skall Du operera? Axel / Knä / Armbåge _____ Vänster Höger

Önskar Du en snabbare tid och kan komma med kort varsel (< 2 d) Ja Nej

Har du någon njursjukdom / nedsättning? Ja Nej

Besväras Du av magsår/magkatarr? Ja Nej

Har Du gallbesvär? Ja Nej

Äter du P-piller? Ja Nej

Är Du överkänslig mot något läkemedel eller någon mat? Ja Nej

Om Ja, ange vilket/vilka: _____

Står Du på någon blodförtunnande läkemedel? Ja Nej
 (tex. Trombyl, Waran, Xeralto, Eliquis, Brilique)

Om Ja, ange vilket samt dosering

Om Du använder andra läkemedel - Vänligen ange dessa med styrka och dosering!

Namn på läkemedel	Styrka	Dosering, antal per dygn

Har Du någon smittsam sjukdom (tex HIV, Hepatit, TBC mm) Ja, vilken _____ Nej

Längd _____ cm Vikt _____ kg BMI _____ (fylls i av sjuksköterskan)

Var god vänd och fyll i nästa sida!

Personnummer: _____

Röker Du dagligen Ja, antal cigaretter/dygn _____ Nej

Hur är din fysiska form/ kondition? Dålig Medel God Mycket god

Har Du/har Du haft någon av följande sjukdomar / besvär? Påverkar dessa Dig i Ditt dagliga liv?

Blodpropp Ja Ben Arm Lunga

Nej

Hjärtinfarkt / Kärlkramp Ja Nej _____

Oregelbunden hjärtrytm Ja Nej _____

Hjärtklaffel Ja Nej _____

Högt Blodtryck Ja Nej _____

Hjärnblödning /-propp Ja Nej _____

Koagulationsrubbning / Blödarsjuka Ja Nej _____

Lungsjukdom(Astma/KOL) Ja Nej _____

Blodbrist / Anemi Ja Nej _____

Cancersjukdom Ja Nej _____

Svullna underben / andfåddhet Ja Nej _____

Bröstmärta / tungandad vid ansträngning Ja Nej _____

Sockersjuka / Diabetes Ja Nej Tablett / Insulin / Pump

Använder Du CPAP - mask när Du sover? Ja Nej

Har Du eller har Du haft någon MRSA – infektion (multiresistenta bakterier) Ja Nej

Om ja ange sjukhus/stad samt när: _____

Har Du tidigare blivit opererad/fått narkos? Ja Nej

Årtal Vilket sjukhus Behandling/operation

Var det några problem i samband med sjukhusvistelsen/operation/narkosen? Ja Nej

Om Ja, ange vad _____

Tillåter Du att vi ber att få journalkopior från annan vårdgivare, tex sjukhus, om det behövs för att ge dig ett bra och säkert omhändertagande? Ja Nej

Ort _____ Datum _____ Din underskrift _____