

EGENMELDING OM HELSETILSTAND

FYLL UT OG TA MED OPERASJONSDAGEN



Navn: _____ F.dato: _____

Hva skal du opereres for : _____

Spørsmålene nedenfor gjelder deg som pasient. Det er laget for å øke sikkerheten ved operasjon og for å spare tid ved forundersøkelsen. Ingen undersøkelse eller behandling er helt fri for risiko, men ved hjelp av nøyaktige opplysninger fra deg kan vi gjøre den så liten som mulig. Det er viktig at du nøye leser den informasjon du får utdelt i forbindelse med inngrepet og i tiden etterpå følger de råd som blir gitt. Dette for å oppnå et *best mulig resultat med minst mulig risiko for komplikasjoner*.

Høyde _____ Vekt _____

1. Har du hatt lokalbedøvelse tidligere? Ja Nei

Hvis ja, hvor fikk du det, og hva slags operasjon var det?

Spesifiser: _____

2. Har du hatt problemer i forbindelse operasjon/lokalbedøvelse? Ja Nei

I så fall hvilke problemer? _____

3. Har du eller har du hatt en eller flere av følgende sykdommer?

Hjertesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blodpropp	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Lungesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blødningstendens	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Reumatisk sykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nevrologisk sykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blodtrykksbehandling	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nyresykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
			Hepatitt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

4. Røyker du? Ja Nei

5. Er du allergisk? Nei Ja Hvis Ja: for hva _____

6. Bruker du faste medikamenter /medisiner Ja Nei

Dersom ja, skriv ned hvilke medikamenter/medisiner du bruker. Vennligst angi styrke og dosering

7. Har du, utenfor Norden, vært innlagt i sykehus/legevakt, fått utført tatovering/piercing eller tannbehandling i løpet av de siste 12 måneder.

Ja Nei

Hvis JA, ta kontakt med fastlege for MRSA (resistente bakterier) prøve snarest! Du må ha en negativ MRSA prøve for å bli operert.

8. Vi ber deg oppgi telefonnummeret ditt, så vi kan nå deg ved evt. spørsmål. Tlf. nr. _____

Navn på nærmeste pårørende: _____ Tlf. nr. _____

9. Underskrift av den som har fylt ut skjema

Jeg bekrefter at jeg har lest nøye gjennom skjemaet og fylt det ut etter beste evne. Jeg føler meg frisk nok til avtalte operasjon. Jeg er kjent med inngrepets art og omfang og er godt informert om risiko ved inngrepet og mulige komplikasjoner.

Dato: _____

Signatur