

Hälsodeklaration Vuxen

Inför operation

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Tel: _____

Tel anhörig: _____

Längd: _____ Vikt: _____

Email: _____

Har du haft något av följande?	Nej	Ja	Kommentarer
Hjärtinfarkt?			
Kärlkramp?			
Hjärtsvikt?			
Hjärtrytmrubbningar? Blåsljud?			
Högt Blodtryck?			Senaste värde:
Astma/bronkit eller annan lungsjukdom?			
Snarkning/CPAP behandling			
Diabetes?			
Stroke/TIA?			När?
Njursjukdom?			
Har du halsbränna (sura uppstötningar)?			
Blödarsjuka eller blödningsbenägenhet?			
Någon smittsam sjukdom? (MRSA, ESBL, Hepatit, HIV?)			
Allergi eller överkänslighet mot något?			
Gäller fertila kvinnor: Är du gravid?			
Går du på kontroller för någon åkomma/sjukdom?			
Fått sjukvård utomlands de senaste 6 månader?			
Röker du?			När slutade du:
Upplever du problem med att gapa eller inskränkningar i din nackrörlighet?			

Tidigare operationer:

Vilka (om några) mediciner tar du regelbundet, (inklusive hälsopreparat)? Skriv preparat, styrka och dos:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

Datum: _____ Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Samtycker ni att prover sparas i enlighet med biobankslagen? Ja Nej

Samtycker ni att vi tar del av journalanteckningar från andra vårdinrättningar? Ja Nej