

EGENERKLÆRING OM HELSE FØR OPERASJON

Skjemaet må fylles ut nøyaktig og bringes med til klinikken på operasjonsdagen. Har du spørsmål ta kontakt med oss!

Etternavn: Fornavn:

HØYDE:..... VEKT:..... ALDER:.....

Personnr(11 siffer:

Adresse:

Tlf hjem:..... Mobil: Epost:

Nærmeste pårørende: Tlf:.....

NB: må fylles ut av alle dagkirurgiske pasienter:

Du skal ikke være alene det første døgnet etter operasjonen. Hvem kommer til å være sammen med deg?

Navn/tlf:

SYKDOM Har du eller har du tidligere hatt sykdom av betydning:

Hjertesykdom:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Lungesykdom/TBC:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Blodpropp:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Blødningstendens:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Lever sykdom/gulsott:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
HIV/Hepatitt B/C:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Lav blodprosent:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Reumatisk sykdom:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Operasjon i ryggen:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Magesår:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Migrene:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>
Lett for å besvime:	JA	<input type="checkbox"/>	NEI	<input type="checkbox"/>

Utfyllend opplysninger:

.....
 Reagere du på noen medikamenter: JA NEI

Hvis JA, hvilke type:.....

Bruker du medisiner: JA NEI

Hvis JA, hvilke type:.....

Har du tidligere hatt narkose: JA NEI

Var dette i så fall uten komplikasjoner: JA NEI

Ved tidligere komplikasjoner, hvilke:

Røyker du: JA Antall pr dag..... NEI

Alkoholvaner: MYE MODERAT/LITE ALDRI

Hjelpemidler:

Bruker du kontakt linser: JA NEI

Bruker du høreapparat: JA NEI

Bruker du tannprotese: JA NEI

Har du bro/krone/implantat i munnen eller løs tann: JA NEI

Har du operert inn noe metall i kroppen:

Kan du bekrefte at du er frisk i dag: JA NEI

Kan du bekrefte at du er fastende siste 6 timer: JA NEI

Jeg har lest informasjonsskriv og gjort meg kjent med behandlingen/operasjonen jeg/mitt barn skal gjennomgå. Jeg er gjort kjent med komplikasjoner som kan oppstå.

Jeg/mitt barn skal operere (type inngrep): _____

Dato: **Underskrift:** _____

Foresattes underskrift v/ barn: _____