

Inför ditt besök behöver vi nedanstående uppgifter för att kunna planera din behandling på bästa sätt. Tag med ifyllt blankett till ditt besök på mottagningen.

## PATIENTUPPGIFTER

Telefonnummer	Personnummer
Mobiltelefon	Namn
E-postadress	Yrke

1a) Är du överkänslig/allergisk mot någon medicin? Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
1b) Är du allergisk/överkänslig mot något annat? <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Nickel <input type="checkbox"/> Plåster <input type="checkbox"/> Soja Annat:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
2) Har du, eller har du tidigare haft, hjärt/kärlsjukdomar? Om ja, vilka? <input type="checkbox"/> Högt blodtryck (även behandlat) <input type="checkbox"/> Kranskärlsopererad, "ballong-sprängd"/stent,när <input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt, när <input type="checkbox"/> Något klaffel <input type="checkbox"/> Kärlkramp <input type="checkbox"/> Oregelbunden hjärtrytm <input type="checkbox"/> Pacemaker/ICD	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
3) Har du någon lungsjukdom? Om ja, vilken sjukdom? <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Annan	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
4a) Röker du? Om ja, hur mycket? 4b) Snusar du? Vi rekommenderar rök- och snusstopp inför operationen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
5a) Har du sömnapné? 5b) Använder du CPAP i hemmet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
6) Har du svårt att gå 2–3 våningar i trappor utan att vila? Om ja, vilka symtom <input type="checkbox"/> Bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Andfåddhet <input type="checkbox"/> Muskel/ledvärk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
7) Har du diabetes? Om ja, behandlas din diabetes med <input type="checkbox"/> Enbart kost <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

8) Har du någon njursjukdom? Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9a) Får du sura uppstötningar när du ligger ned/böjer dig framåt? 9b) Har du bråck på magmunnen? 9c) Har du någon mag- eller tarmsjukdom? Om, ja vilken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9d) Har du någon leversjukdom? Om ja, vilken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
10a) Har du haft blodpropp? 10b) Har någon av dina föräldrar, syskon eller barn haft blodpropp? 10c) Får du lätt blåmärken, näsblödning eller tandkötsblödning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
11a) Har du haft stroke/slaganfall? Om ja, när? 11b) Har du någon neurologisk sjukdom? Om ja, vilken? (t ex epilepsi, parkinson, MS)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12) Har du smärtor som varat mer än 3 månader?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
13) Har du andra sjukdomar, skador eller funktionshinder? Om ja, vilken/vilka?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14a) Har du upplevt problem i samband med tidigare narkos/bedövning? Om ja, vilka?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
14b) Bli du lätt åksjuk eller sjösjuk?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

15a) Har du nedsatt nackrörlighet?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
15b) Har du svårt att gapa?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
16a) Har du genomgått någon operation tidigare? Om ja, för vad och på vilket sjukhus/mottagning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
16b) Har du någon metall inopererad?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
17) Har du vårdats/arbetat i sjukvård utomlands de senaste 12 månaderna?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

18) Har du någon kronisk blodsmitta? Om ja, vilken? <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatit B/C	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
19a) Finns påvisad smitta med motståndskraftiga bakterier, till exempel MRSA/VRE/ESBL? Om ja, hos vem? <input type="checkbox"/> Hos dig <input type="checkbox"/> Hos nära anhörig	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
19b) Har du någon piercing? All piercing ska tas bort inför operation.	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om du är kvinna 20a) Är du, eller finns möjligheten, att du är gravid? 20b) Använder du preventivmedel/läkemedel som innehåller östrogen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Tar du regelbundet några läkemedel och/eller hälsokostpreparat? Om ja; vilka? (Gäller även värktabletter och p-piller/p-ring)						<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Läkemedelsnamn	Styrka	Dosering, antal tabletter/dos				Vid behov
		Morgon	Lunch	Middag	Kväll	

Om raderna inte räcker, bifoga medicinlista.

## ÖVRIGT

Får journalkopior beställas från andra vårdgivare? Om ja; från vilket sjukhus/vårdcentral/mottagning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Vid eventuell operation; kan du ordna så att någon vuxen finns hemma hos dig på kvällen och natten efter din operation?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Namn och telefonnummer (mobil och hem/arbete) till närstående	

Personnummer    
 Längd    
 Vikt    
 BMI  (beräknas på mottagningen)   
 Blodtryck  (mäts på mottagningen)

Datum ..... Underskrift av patient ..... Datum ..... Underskrift av läkare .....

Nyttillkomna uppgifter	Datum	Signatur