



CARLANDERSKA

Hälsodeklaration

Tag med ifylld hälsodeklaration om du ska på ett mottagningsbesök.
Om du har fått en operationstid, skicka snarast ifylld hälsodeklaration till oss.

Namn _____ Personnr _____

Längd _____ Vikt _____

Får vi berätta att du vårdas på Carlanderska om någon anhörig ringer och frågar? Ja Nej

Hemtelefon/mobil _____ Mailadress _____

Närstående/relation _____ Telefon _____

Behov av tolk? Ja Nej Om ja, vilket språk? _____

1.	Är du allergisk mot något eller några läkemedel? Om ja, ange vilket, vilka och hur du reagerar:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
2.	Har du någon annan allergi eller överkänslighet? Om ja, ange mot vad och hur du reagerar (t ex latex, nickel, plåster, födoämnen):	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
3.	Måste du stanna och vila om du ska gå uppför 2 trappor eller göra motsvarande fysisk aktivitet? Om ja, beskriv varför du måste stanna och vila (t ex andfåddhet, bröstsmärta, ont i ben):	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
4.	Har du eller har du haft hjärtsjukdom? Om ja, vilken, vilka och när (t ex hjärtinfarkt, kärlekskramp, rytmrubbning, klaffel, hjärtsvikt, pacemaker)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
5.	Har du högt blodtryck eller behandling för högt blodtryck?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
6.	Har du eller har du haft koagulationsrubbning eller blödningsjukdom? Om ja, vilken, vilka och när (t ex blodpropp, blödarsjuka, nära släkt med blödarsjuk)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
7.	Har du någon lungsjukdom? Om ja, vilken eller vilka (t ex KOL, TBC, astma, sömnapné, andfåddhet)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
8.	Har du eller har du haft njursjukdom eller urinvägsproblem? Om ja - vilken, vilka och när?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
9.	Har du någon mag-, tarm-, lever- eller gallsjukdom? Om ja, vilken, vilka och när?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
10.	Har du besvär med sura uppstötningar?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

Var god vänd!



CARLANDERSKA

Ange personnummer:

11.	Har du diabetes? Om ja - är den kost-, tablett- eller insulinbehandlad? Stryk under vilket.	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
12.	Har du någon neurologisk sjukdom? Om ja, vilken eller vilka (t ex epilepsi, stroke, Parkinson)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
13.	Har du någon led-, skelett- eller muskelsjukdom? Om ja, vilken eller vilka (t ex reumatism, rygg- eller nackbesvär, diskbråck)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
14.	Har du någon psykisk sjukdom? Om ja, vilken eller vilka (t ex ångest, depression)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
15.	Har du någon smittsam sjukdom eller pågående infektion? Om ja, vilken eller vilka (t ex hepatit (gulsot), HIV, MRSA, VRE)?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
16.	Har du blivit opererad tidigare? Om ja, vad har du opererats för, på vilket sjukhus och när?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
17.	Har du fått narkos (blivit nedsövd) någon gång? Om ja, var det några problem i samband med narkosen?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
18.	Har du haft problem med illamående eller kräkning efter narkos?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
19.	Har du lätt för att bli åksjuk?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
20.	Har du någon lös tand eller tandprotes?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
21.	Har du svårt för att gapa?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
22.	Har du fått ryggbedövning (spinal eller epidural, EDA) tidigare? Om ja, var det några problem med ryggbedövningen?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
23.	Har du eller har du haft problem med svår eller långvarig smärta? Om ja, ange var smärtan sitter och vilken smärtlindrande behandling du tar:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
24.	Har du haft problem med att kissa och/eller tömma blåsan efter narkos? Om ja, beskriv kortfattat:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
25.	Har du något material eller metall inopererat i kroppen? Om ja, ange vad och var det sitter (t ex ledprotes, pacemaker, cochlea implantat, central nervstimulator):	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
26.	Röker eller snusar du? Om ja, stryk under vilket och om du har slutat, ange när:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
27.	Är du gravid?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
28.	Har du vårdats (gäller även tandvård, tatuering eller piercing) eller utfört vårdarbete utomlands under de senaste 12 månaderna? Om ja, ange var och när:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

Var god vänd!



CARLANDERSKA

Ange personnummer:

29.	Har du någon annan sjukdom eller är det något annat som kan påverka din vård, som vi behöver känna till? Om ja, ange vad och eventuell medicinering:	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
30.	Får vi ta del av journalhandlingar från annan vårdgivare om det behövs för din vård?	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
31.	Samtycke till biobankslagen? Vävnad som avlägsnas vid operation och skickas på analys, sparas för eventuell framtida användning.	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>
32.	Tar du några läkemedel kontinuerligt eller vid behov? Om ja, ange läkemedelsnamn, styrka och dos i listan nedan eller bifoga egen läkemedelslista. Gäller även naturläkemedel. Angående mediciner du tar vid behov, uppskatta ungefär hur stor dos du tar/dag och hur ofta.	Ja <input type="radio"/>	Nej <input type="radio"/>

Läkemedelsnamn	Styrka (t ex 5 mg)	Dos (t ex 2 ggr/dag)	Vid behov

Det är viktigt att Du snarast informerar mottagningen om det tillstöter någon sjukdom eller blir några ändringar i Din medicinering under väntetiden på undersökningen, behandlingen eller operationen!

Hälsodeklarationen är en journalhandling och sparas i journalen.

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Ett stort tack för Din hjälp!