

## Hälsodeklaration för patienter som skall genomgå undersökning i narkos eller sedering

Inför den undersökning/behandling som du skall genomgå behöver vi information om ditt hälsotillstånd. Vi vore tacksamma om du i lugn och ro hemma besvarar följande frågor och skickar in det till oss.

Besvara nedanstående frågor, precisera gärna (t.ex. när, vad, var) under "kommentarer". Vid längre svar kan baksidan utnyttjas.

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

Har du eller har du haft:		Kommentar
1. Hjärtinfarkt	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
a. Hjärtsvikt, hjärtflimmer	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
b. Högt blodtryck	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
c. Astma eller annan lungsjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
d. Diabetes (sockersjuka)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
e. Njursjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
f. Blödningsbenägenhet	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
g. Blodpropp	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
h. Allergi	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
i. Smittsam sjukdom (MRSA, hepatit)	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
2. Har du tidigare fått narkos?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
3. Var det några problem?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
4. Röker du?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
5. Är du gravid?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
6. Känner du dig fullt frisk?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	_____
7. <b>Längd:</b> _____ cm <b>Vikt</b> _____ kg		
8. Aktuell medicinering:		_____ _____

Datum \_\_\_\_\_ Namnteckning \_\_\_\_\_