

# Hälsodeklaration

## Aleris Elisabethsjukhuset

Detta formulär ligger till grund för den journal, som kommer att upprättas vid ditt besök till sjukhuset. **Fyll i båda sidor noggrant!** Fullständigt ifylld Hälsodeklaration ligger till grund för en säker bedömning.

Namn: .....

Personnr: .....

Tel: .....

Dagens datum \_\_\_\_\_ Längd \_\_\_\_\_ cm Vikt \_\_\_\_\_ kg Yrke \_\_\_\_\_

Jag är: Högerhänt  Vänsterhänt

### Har Du haft, eller har Du någon av följande sjukdomar:

Precisera och ange årtal om möjligt:

- |  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| Hjärt/kärlsjukdom?                                   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Hjärtinfarkt/kärlkramp?                              | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Pacemaker/ICD eller annan inopererad nervstimulator? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja .....  |
| Högt blodtryck?                                      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Astma eller annan lungsjukdom ex.vis KOL             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Röker du?  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja Hur mycket?.....   |
| Nerv- eller muskelsjukdom?                           | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja .....  |
| Ledsjukdom ex reumatism?                             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja Vad?.....  |
| Är gapförmågan nedsatt?                              | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Diabetes eller annan endokrin sjukdom?               | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....<br>Behandling <input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Tablett <input type="checkbox"/> Insulin |
| Tidigare blodpropp?                                  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Njursjukdom?   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Leversjukdom?  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Ökad blödningsbenägenhet el blodsjukdom?             | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Blodsmitta? (HIV, Hepatit B, C, eller annat)         | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Kronisk infektionssjukdom (MRSA, VRE el ESBL)?       | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja .....  |
| Stroke, hjärnblödning, hjärninfarkt?                 | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja.....   |
| Epilepsi?  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja Debut år?.....   |

Psykisk sjukdom/ Fobi?  Nej  Ja .....

Har Du eller har Du tidigare haft missbruksproblem?  Nej  Ja .....

Har du skör eller känslig hud? Ex eksem, psoriasis?  Nej  Ja Vad?.....

Lider Du av andra sjukdomar än de som listats ovan ex.vis någon ärftlig sjukdom?  Nej  Ja (Om ja,redogör kortfattat)  
.....  
.....

Har Du behov av specialkost?  Nej  Ja Om Ja, vilken .....

Är Du gravid?  Nej  Ja Om Ja, vilken vecka .....

Har du det senaste halvåret varit inlagd på sjukhus?  Nej  Ja Om ja, ange vad/var.....  
.....

Har Du blivit opererad tidigare?  Nej  Ja Redogör kortfattat.....  
.....  
.....

### Mediciner:

Tar du någon medicin regelbundet? Ange även smärtstillande och blodförtunnande.

**Namn**

.....  
.....  
.....  
.....

Nej  JA Alt bifoga ev aktuell läkemedelslista:

**Styrka**

**Dosering**

.....  
.....  
.....  
.....

Allergi eller överkänslighet mot **läkemedel**:  Nej  Ja Vad?.....  
(ex.vis Antibiotika, Acetylsalicylsyra, kontrastmedel, lokalbedövning m.m.)

Övrig allergi eller överkänslighet:  Nej  Ja Vad?.....  
(Ex.vis Latex, jordnötter eller andra födoämnen)

Har Du eller någon i familjen haft något problem i samband med narkos eller bedövning?  Nej  Ja Vilket? .....

Vilket är det mål Du helst vill uppnå med dagens läkarbesök och eventuell efterföljande behandling? .....

Har du någon som kan hjälpa dig hemma efter en eventuell operation?  Nej  Ja.....

Närmast anhörig ..... Tel .....

Denna hälsodeklaration är ifylld av:.....