Hälsodeklaration

Praktikertjänst

RYGGKIRURGI STRÄNGNÄS

Namn:_____ Personnummer: _____

Telefon:_____ ☐ Godkänner sms påminnelse

Namn och telefonnummer till anhörig: _____

Vilka läkemedel tar du? Skriv upp receptbelagda, receptfria samt naturläkemedel. **OBS!** Var noga med att uppge **alla** Dina läkemedel. Vi kommer att kontakta dig angående eventuella förändringar av din medicinering inför operation.

Namn	Styrka	Dosering

Svara på nedanstående frågor, kryssa i vad som stämmer.

	Ja	Nej	Vet ej		Ja	Nej	Vet ej
Går Du på läkarkontroller för något? Om ja, för vad?				Har Du/Har Du haft Kärlkramp i hjärtat?			
Har Du haft hjärtinfarkt? Om ja, när? Behandling? Operation?				Har Du/Har Du haft Hjärtflimmer/hjärtsvikt? *Ringa in vilket*			
Har Du genomgått operation av hjärtat?				Har Du/Har Du haft Pacemaker?			
Har Du/ Har du haft Högt blodtryck?				Har Du/Har Du haft Astma/KOL/ Emfysem *Ringa in vilket*			
Har Du/Har haft smittsamt tillstånd tex hepatit/Gulsot B eller C, resistenta bakterier tex MRSA eller ESBL HIV/AIDS eller annat? Om ja, vad?				Använder Du någon form av nikotin? Om ja, vad och hur mycket?			

Var god vänd →

	Ja	Nej	Vet ej		Ja	Nej	Vet ej
Har Du någon pågående infektion i kroppen, sår som vätskar/ej vill läka, eksem, dränage eller katetrar? Om ja, vad?				Är Du allergisk mot något läkemedel? Om ja, vilket och hur reagerade du?			
Har Du/ Har Du haft Leversjukdom/Gulsot/Hepatit?				Är Du allergiskt mot något annat? Om ja, vad?			
Har Du/ Har Du haft sömnapnéer eller CPAP-behandling?				Har Du tidigare fått narkos? Om ja, var det några problem då?			
Har Du/Har Du haft blodpropp?				Har någon släkting haft allvarliga problem med narkos?			
Har Du/Har Du haft njursjukdom (utom njursten)?				Har Du fått lokalbedövning hos tandläkaren el dyl? Om ja, var det några problem då?			
Har Du / Har Du haft blodsjukdom/ blödarsjuka?				Blir Du lätt åksjuk eller har Du varit mycket illamående vid tidigare narkos?			
Har Du diabetes? Om ja, vilken behandling				Har Du svårt att gapa?			
Har Du någon muskelsjukdom eller reumatisk sjukdom? Om ja, vilken?				Känner Du dig frisk bortsett från dina ryggproblem?			
Har Du haft stroke, förlamning eller annan neurologisk sjukdom? Om ja, vad, när?				Om nödvändighet föreligger för blodtransfusion, tillåter Du detta?			
Ange längd: Ange vikt:				För kvinnor: Är du gravid?			

Jag ger mitt medgivande till att Ryggkirurgiska Kliniken får lämna ut/hämta in mina journalhandingar till/från andra vårdinrättningar

Datum:	Personnummer:	Namnteckning:

Nedanstående fylls i av kliniken

Bedömning:

Trombyl 75mg/dag kvar ☐

Trombyl uts. enl. PM ☐

NSAID uts. enl. PM ☐

Waran uts. enl. PM ☐

NOAK uts. enl. PM ☐

Naturläkemedel uts. enl. PM ☐

Immonusuppressiv beh. ut enl. PM ☐

Na, K, Krea ☐ INR ☐ B-glucos ☐

Övriga prover_____

Insulinbehandlad diabetes mellitus ☐

Ytterligare utredning krävs ☐ _____

Godkänd för eventuell dagkirurgi Ja ☐ Nej ☐

Klar för anestesi/operation ☐

Sign narkosläkare_____

Datum_____