

Hälsodeklaration

Det är viktigt att vi i god tid har rätt information om ditt hälsotillstånd för att kunna ge dig en säker och korrekt vård. För att vi ska kunna anpassa vården efter dina behov och din bakgrund ber vi dig att fylla i denna hälsodeklaration innan besöket. Har du redan fått en operationstid vill vi att du snarast skickar in ifylld hälsodeklaration till oss.

Namn: _____

Personnummer: _____

Datum: _____ Längd: _____ Vikt: _____

Telefon: _____

Mailadress: _____

Närmast anhörig (namn och telefon): _____

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

1. Är du allergisk mot något eller några läkemedel? Ja Nej
Om ja – ange vilket, vilka och hur du reagerar _____

2. Har du någon annan allergi eller överkänslighet? Ja Nej
Om ja – ange vilken, vilka och hur du reagerar (t ex födoämne, latex, nickel, plåster) _____

3. Anser du att du behöver tolk i samband med operationen? Ja Nej
Om ja – vilket språk _____

4. Har du vårdats utomlands (gäller även tandvård), eller utfört vårdarbete utomlands under de senaste 12 månaderna? Ja Nej
Om ja – ange var och när _____

5. Måste du stanna och vila om du ska gå uppför 2 trappor eller göra motsvarande fysisk aktivitet? Ja Nej
Om ja – beskriv varför du måste stanna och vila (t ex andfåddhet, bröstsmärta, ont i ben) _____

Har du eller har du haft:

6. Hjärtsjukdom? Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när (t ex hjärtinfarkt, kärlkramp, rytmrubbning, klaffel, hjärtsvikt, pacemaker) _____

Personnummer: _____

7. **Högt blodtryck eller behandling för högt blodtryck?** Ja Nej
8. **Blödningsjukdom eller är nära släkt med blödarsjuk?** Ja Nej
Om ja – vilken eller på vilket sätt _____

9. **Lungsjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken eller vilka (t ex KOL, TBC, astma, sömnapné, andfåddhet) _____

10. **Njursjukdom eller urinvägsproblem?** Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när _____

11. **Mag-, tarm-, lever- eller gallsjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när _____

12. **Besvär med sura uppstötningar?** Ja Nej
13. **Diabetes (sockersjuka)?** Ja Nej
Om ja – är den kost-, tablett- eller insulinbehandlad _____

14. **Neurologisk sjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när (t ex epilepsi, stroke, Parkinson) _____

15. **Led-, skelett- eller muskelsjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken eller vilka (t ex reumatism, rygg- eller nackbesvär, diskbräck), beskriv symptom _____

16. **Psykisk sjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken eller vilka (t ex ångest, depression) _____

17. **Någon smittsam sjukdom eller pågående infektion?** Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när (t ex hepatit (gulsot), HIV, MRSA, VRE, ESBL) _____

18. **Någon annan sjukdom?** Ja Nej
Om ja – vilken, vilka och när _____

Personnummer: _____

19. **Problem med svår eller långvarig smärta?** Ja Nej
Om ja – ange var smärtan sitter och vilken smärtstillande behandling du tar, läkemedelsnamn, styrka och dos/dag _____

20. **Har du blivit opererad tidigare?** Ja Nej
Om ja – vad har du opererats för och när _____

21. **Har du blivit nedsövd någon gång?** Ja Nej
Om ja – var det några problem i samband med narkosen _____

22. **Har du haft problem med illamående eller kräkning efter narkos?** Ja Nej
23. **Har du lätt för att bli åksjuk?** Ja Nej
24. **Har du fått ryggbedövning (spinal eller epidural/EDA) tidigare?** Ja Nej
Om ja – var det några problem med ryggbedövningen _____

25. **Har du något material eller metall inopererat i kroppen?** Ja Nej
Om ja – ange vad och var det sitter (t ex pacemaker, höft- eller knäprotes) _____

26. **Har du problem med tänderna?** Ja Nej
Om ja – beskriv nedan (t ex någon lös eller skadad tand, tandprotes) _____

27. **Röker eller snusar du?** Ja Nej
Om ja - stryk under vilket och ange hur mycket/dag. Har du slutat - ange när _____
28. **Är eller kan du vara gravid?** Ja Nej
29. **Får vi ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare om det behövs för din vård?** (Om det behövs för din vård kan det ibland vara nödvändigt att ta del av journalkopior, prov- eller röntgensvar från annan vårdgivare vilket kräver patientens godkännande.) Ja Nej

Personnummer: _____

30. **Samtycke till biobankslagen?** Ja Nej
(Innebär att eventuella prover tagna under ditt vårdtillfälle får sparas i en biobank för vårdutveckling och forskning.) Du hittar mer information om biobankslagen (2002:297) på www.biobanksverige.se eller www.1177.se
31. **Är det något annat som kan påverka din vård och som vi behöver känna till?** Ja Nej

32. **Tar du mediciner regelbundet eller vid behov? (Gäller även naturläkemedel/kosttillskott.)** Ja Nej
Om ja – ange läkemedelsnamn, styrka och dos i listan nedan eller bifoga egen läkemedelslista.
Angående mediciner du tar vid behov, uppskatta ungefär hur stor dos du tar/dag och hur ofta.

Namn på medicin	Styrka (t ex 10 mg)	Dos (t ex 2 ggr/dag)

Denna hälsodeklaration är en journalhandling och sparas i journalen.

Datum_____
Underskrift

Ett stort tack för Din hjälp!