

HÄLSODEKLARATION - Inför undersökning eller operation

Namn _____	Personnummer _____	Tfn mobil _____
E-post _____		OK att ta kontakt ☐

1. Högt blodtryck?	Ja ☐ Nej ☐	Om ja: beskriv vad och hur	
2. Hjärtsjukdom (t ex hjärtinfarkt, hjärtsvikt, kärlkramp, rytmrubbningar)?	Ja ☐ Nej ☐		
3. Kärlsjukdom (t ex stroke, blodpropp)?	Ja ☐ Nej ☐		
4. Lungsjukdom (t ex astma, KOL)?	Ja ☐ Nej ☐	13. Opererats eller fått narkos/ryggbedövning tidigare?	Ja ☐ Nej ☐
5. Diabetes?	Ja ☐ Nej ☐	14. Om ja: Var det några problem? Om ja, beskriv problemen	Ja ☐ Nej ☐
6. Njursjukdom?	Ja ☐ Nej ☐		
7. Leversjukdom?	Ja ☐ Nej ☐		
8. Blödningssjukdom (t ex får lätt blåmärken, näsblod)?	Ja ☐ Nej ☐		
9. Epilepsi/neurologisk sjukdom?	Ja ☐ Nej ☐	15. Varit i kontakt med sjukvård utanför Sverige de senaste 6 månaderna?	Ja ☐ Nej ☐
10. Smittsam sjukdom såsom blodsmitta (t ex hepatit, HIV)?	Ja ☐ Nej ☐	Om ja, var och varför?	
11. Annan smittsam sjukdom (t ex MRSA, VRE, ESBL)?	Ja ☐ Nej ☐		
12. Allergi (d v s har du reagerat på t ex penicillin, lokalbedövningsmedel, värktabletter som Treo, Magnecyl, Voltaren, Ipren, plåster, djur, mat eller annat)	Ja ☐ Nej ☐		
		16. Röker du?	Ja ☐ Nej ☐
		17. Om du är kvinna; är du gravid?	Ja ☐ Nej ☐

Dina mediciner.

Läkemedelsnamn	Styrka	Morgon	Lunch	Middag	Kväll

Underskrift _____ Datum _____