

## SKJEMA OM HELSEOPPLYSNINGER VED SYKEHUSBESØK

Vi ber deg fylle ut og sende inn dette skjemaet før du skal på sykehuset. Send svaret til sykehuset og den avdelingen som har kalt deg inn (se informasjon i brevet). Du kan også logge inn på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) via lenke angitt i innkallingsbrevet og fylle ut skjemaet der. Skjemaet vil først bli lest i forbindelse med din timeavtale, ikke med en gang du sender det inn. Skjemaet blir ikke besvart.

### Personopplysninger og pårørende

Etternavn:	Fornavn:
Mellomnavn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Tlf. privat/mobil:	Navn på hovedpårørende:

Navn på pårørende:

Har du eneansvar for barn under 18 år eller andre med spesielle omsorgsbehov?  Ja  Nei

Har du en eller flere arbeidsgivere?  Ja  Nei

Arbeidsgivers navn	Yrke/ stilling	Stillingsprosent

### Helse

Har du, eller har du hatt, noen av sykdommene under? Sett kryss og svar på spørsmålene

Hjerte-/ karsykdom

Hvilken sykdom?

Angina pectoris  
(hjertekrampe)

Rytmeforstyrrelse  
(atrieflimmer)

Hjerteoperert

Hjertesvikt

Klaffefeil

Annen hjerte- og  
karsykdom

Hvilken annen hjerte- og karsykdom?

Har du pacemaker?  Ja  Nei

Vet du hvilken pacemaker du har?

*Dersom du har blitt hjerteoperert, ber vi deg svare på noen ekstra spørsmål*

Utblokkning av kransårene i hjertet (PCI)?  Ja  Nei

Når og hvor ble du operert?

Åpen hjerteoperasjon på hjertets kransårer (bypassoperasjon)?  Ja  Nei

Når og hvor ble du operert?

---

Hjerteklaffoperasjon?  Ja  Nei

Når og hvor ble du operert?

---

Høyt blodtrykk (hypertensjon)

Er blodtrykket ditt velkontrollert med medisiner?  Ja  Nei  Vet ikke

---

Økt blødningstendens eller bruker du blodfortynnende medisiner?

Huk av for det som gjelder deg:

Blodfortynnende medisiner       Blødersykdom eller andre koagulasjonsforstyrrelser (forstyrrelser i blodets levringssevne)       Annen blødningstendens

---

Lungesykdom

Hvilken lungesykdom?

Bruker du oksygen hjemme?  Ja  Nei

Søvnåpne

Bruker du pustemaske når du sover?  Ja  Nei  
*Ta med deg pustemasken dersom du skal legges inn på sykehuset.*

---

Nevrologisk sykdom

Hvilken nevrologisk sykdom?

Nyresykdom

Hvilken nyresykdom?

---

Leversykdom

Hvilken leversykdom?

Diabetes

Hvilken type diabetes har du?

---

Stoffskiftesykdom

Hvilken stoffskiftesykdom?

Leddgikt eller muskel-skjelettsykdom

Hvilken leddgikt eller muskel-skjelettsykdom?

---

Mage- eller tarmproblemer

Hvilken type mage- eller tarmproblemer?

Psykisk sykdom

Hvilken psykisk sykdom?

---

Smittsom sykdom

Hvilken smittsom sykdom?

Kreft

Hvilken type kreft og eventuelt behandling?

---

---

Annen sykdom

Hvilken sykdom?

---

Får du brystmerter eller blir tungpustet når du går opp trapper to etasjer i normalt tempo?

Brystmerter

Tungpustet

Kan ikke gå i

Nei

trapper

---

Høyde i centimeter:

Vekt i kilo:

---

Er du gravid?

Ja  Nei

Forventet termin:

---

Ammer du?

Ja  Nei

---

*Dersom du skal til gynekologisk avdeling, ber vi deg svare på noen ekstra spørsmål*

Har du vært gravid tidligere?

Ja  Nei

---

Har du født ett eller flere barn?

Ja  Nei

---

Antall vaginale fødsler og årstall:

Antall keisersnitt og årstall:

---

Har du abortert?

Ja  Nei

---

Antall spontanaborter:

Antall provoserte aborter:

---

Antall medisinske aborter:

Antall kirurgiske aborter:

---

Har du hatt svangerskap utenfor livmoren?

Ja  Nei

---

Ble du operert relatert til dette?

Ja  Nei

Hva ble gjort under operasjonen?

---

Er du tidligere behandlet for livmorshalsforandringer?

Ja  Nei

Oppgi behandling, årstall og sted

---

Har du fått vaksine mot HPV (Humant papillomavirus)?  Ja  Nei

---

Har du menstruasjon?  Ja  Nei

Angi dato for sist menstruasjon:

---

Har du kommet i overgangsalderen (menopause)?  Ja  Nei

Husker du hvor gammel du var?

---

Har du blitt operert i eller via skjeden?  Ja  Nei

Oppgi hva slags operasjon og når:

---

Har du blitt operert med kikkhull i magen/buken?  Ja  Nei

Oppgi hva slags inngrep og når:

---

Har du blitt operert med åpen mage/bukoperasjon?  Ja  Nei

Oppgi hva slags inngrep og når, og hvor mange har vært keisersnitt:

---

### Medisiner og allergier

Bruker du medisiner? (gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner)  Ja  Nei

*Ta med oppdatert medisinliste til timeavtalen. Denne kan du få på apoteket eller hos din fastlege.*

Navn på medisin, styrke og type (for eksempel tablett, dråper eller sprøyte) og hvor mye tar du av medisinen hver dag?

---

Er du allergisk mot noen medisiner?  Ja  Nei

Hvilke medisiner (legemiddelnavn, styrke og form) og hva slags reaksjon?

---

Er du allergisk mot noen matvarer, pollen, lateks, nikkel eller annet?  Ja  Nei  
Hva er du allergisk mot og hva slags reaksjon?

---

Har du tidligere reagert på kontrastmiddel i forbindelse med radiologiske undersøkelser?  Ja  Nei  Vet ikke  
Hva slags reaksjon?

---

### Mat, livsstil og dagligliv

Trenger du en spesiell type mat? (sett ett eller flere kryss)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes kost  | <input type="checkbox"/> Laktosefri kost      | <input type="checkbox"/> Vegetar kost      |
| <input type="checkbox"/> Glutenfri kost | <input type="checkbox"/> Melkeproteinfri kost | <input type="checkbox"/> Matallergi        |
| <input type="checkbox"/> Halal kost     | <input type="checkbox"/> Saltreduert kost     | <input type="checkbox"/> Annen spesialkost |
| <input type="checkbox"/> Kosher kost    | <input type="checkbox"/> Vegan kost           |  |

Hvilken annen spesialkost?

---

Har du problemer med å dusje, kle på deg og utføre daglige gjøremål selv?  Ja  Nei

Hva trenger du hjelp til? Bruker du hjelpemidler? Har du en personlig assistent?

---

Har du problemer med å se, høre eller snakke som vi bør ta hensyn til?  Ja  Nei  
Beskriv:

---

Hvor ofte røyker du?  Aldri  Sjelden  Ukentlig  Daglig

Har du røyket tidligere?

---

Hvor ofte snuser du?  Aldri  Sjelden  Ukentlig  Daglig

---

Hvor ofte drikker du alkohol?  Aldri  Sjelden  Ukentlig  Daglig

Hvor mange enheter daglig eller ukentlig?

---

---

Bruker du andre rusmidler? *(Vi spør om dette fordi det kan påvirke hvordan du reagerer på bedøvelse, smertestillende og andre medisiner. Sykehuset melder ikke til politiet om du svarer ja på spørsmål om bruk av ulovlige rusmidler)*

Ja  Nei

Beskriv type og hyppighet

---

### **Før eventuell operasjon eller undersøkelse i narkose eller annen bedøvelse**

---

Har du vært i narkose tidligere?

Ja  Nei

---

Har du eller noen du er i slekt med reagert på narkose eller bedøvelse?

Ja  Nei  Vet ikke

Hvem har reagert, hva slags bedøvelse og hva slags reaksjon?

---

Har du problemer med å bevege kjeve eller nakke, eller med å gape?

Beskriv hvordan:

Ja  Nei

---

Har du tenner som er reparerte eller løse (bro, gebiss, stift, implantater)?

Beskriv hva:

Ja  Nei

---

Har du problemer med å ligge flatt på ryggen?

Beskriv hvorfor:

Ja  Nei

---

Har du halsbrann, magesår, magekatarr, spiserørsbrokk, sure oppstøt eller lignende?

Beskriv tilstanden:

Ja  Nei  Vet ikke

---

Har du sår eller utslett i huden nær operasjonsstedet?

Ja  Nei

Beskriv tilstanden:

---

*Det er anbefalt å ha en voksen person hos seg det første døgnet i hjemmet etter en operasjon.*

Har du en slik hjelper som kan være sammen med deg det første døgnet etter inngrepet/undersøkelsen?

Ja  Nei

---

**Spørsmål til timeavtalen**

Trenger du tolk?

Ja  Nei

Hvilket språk?

---

Kan du komme til time på kort varsel?

Ja  Nei

---

Har du vært i utlandet hos lege, tannlege, jobbet på sykehus, vært på barnehjem eller i flyktningleir i løpet av de siste 12 månedene?

Ja  Nei

*Hvis Ja: Test deg for motstandsdyktige bakterier hos fastlegen. Testen er gratis.*

*Ring oss så fort som mulig hvis du vet at du selv eller noen du bor sammen med, har eller har hatt motstandsdyktige bakterier.*

---

Er det noe annet vi bør vite for å kunne gi deg god behandling?

Sted/dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

*Sist revidert: Januar 2023*

Side 7 av 7