

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 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

Søvnapné

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:

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 fastlegen din.

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"/> Saltredusert 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? Ja Nei
Beskriv hvordan:

Har du tenner som er reparerte eller løse (bro, gebiss, stift, implantater)? Ja Nei
Beskriv hva:

Har du problemer med å ligge flatt på ryggen? Ja Nei
Beskriv hvorfor:

Har du halsbrann, magesår, magekatarr, spiserørsbrokk, sure oppstøt eller lignende? Ja Nei Vet ikke
Beskriv tilstanden:

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