

EGENERKLÆRING - Helseopplysninger

NB! BEGGE SIDER av skjemaet skal fylles ut.

NB! Hvis fylles ut hjemme: TA DET MED når du kommer til oss.

NB! Er det noe du er usikker på – ta kontakt med fastlegen din, ev. se på det sammen.

Hvis svaret er **JA** på ett eller flere av spørsmålene, så **TA MED EV. DOKUMENTASJON** på dette, f.eks. epikrise/notat fra konsultasjon hos spesialist etc.

SPØRSMÅL OG SVAR: Kryss av NEI eller JA, - evt hvilke operasjoner / sykdommer / plager			Sykehusets notater
TIDLIGERE OPERERT? (ev. for hva, hvor og når?)	NEI ☐ JA ☐	Spesifiser:	
PROBLEMER MED TIDL. NARKOSE/BEDØVELSE	NEI ☐ JA ☐	Type problem?:.....	
HJERTESYKDOM? (Innlagt? ev. hvor og når?) Siste blodtrykk målt (dato og verdi):	NEI ☐ JA ☐	☐ Bypass operasjon ☐ Hjertestent ☐ Hjerteklaff ☐ Hjerteinfarkt ☐ Angina ☐ Rytmeforstyrrelser ☐ Høyt blodtrykk (ev. at du behandles for det) ☐ Brystsmerter ☐ Hjertebank ☐ Svimer (nesten) av Annet/ spesifiser:.....	
LUNGESYKDOM? (Innlagt? ev. hvor og når?)	NEI ☐ JA ☐	☐ Astma ☐ KOLS ☐ Emfysem ☐ Snorksyke/søvnapné ☐ Bruker CPAP ☐ Tungpusten Annet:	
NYRE-, LEVER-, eller MAGESYKDOMMER? (Innlagt? ev. hvor og når?)	NEI ☐ JA ☐	☐ Nyresykdom ☐ Leversykdom ☐ Spiserørsbrokk ☐ Sure oppstøt ☐ Magesår Annet/ spesifiser:	
DIABETES? (Innlagt? ev. hvor og når?)	NEI ☐ JA ☐	Diabetes behandling: ☐ Diett ☐ Tabletter ☐ Insulin Hvis diabetes: Siste HbA1c målt (dato og verdi):	
STOFFSKIFTESYKDOM?	NEI ☐ JA ☐		
NYLIG GJENNOMGÅTTE INFEKSJONER?	NEI ☐ JA ☐	☐ Covid-19 ☐ Urinveier ☐ Tenner ☐ Luftveier Annet/ spesifiser:	
SMITTSOM SYKDOM?	NEI ☐ JA ☐	☐ Hepatitt ☐ HIV ☐ Tuberkulose Annet/ spesifiser:.....	
INNLAGT PÅ SYKEHUS/ OPERERT I UTLANDET?	NEI ☐ JA ☐	☐ Innlagt på sykehus/ tannbehandling i utlandet <u>siste 12 mnd.</u> ☐ Ev. testet for MRSA (resistent bakterie)? Dato:.....	
TIDLIGERE BLODPROPP?	NEI ☐ JA ☐	☐ Ben ☐ Lunger ☐ Hjerne ☐ Øyne ☐ Arvelig blodpropptendens. Annet:	
BLØDERSYKDOMMER?	NEI ☐ JA ☐	Spesifiser:	
HJERNE/ NEVROLOGI?	NEI ☐ JA ☐	☐ Epilepsi ☐ MS ☐ Parkinson ☐ Hjerneslag ☐ Annet/ spesifiser:	
KREFTSYKDOM?	NEI ☐ JA ☐	Krefttype/ årstall/ behandling?	
ANNEN SYKDOM?	NEI ☐ JA ☐	Spesifiser:	

ANDRE SPØRSMÅL:			Sykehusets notater
ALLERGIER?	NEI ☐ JA ☐	☐ Medisiner / Bedøvelse - spesifiser hva: Spesifiser reaksjon: ☐ Annen allergi - spesifiser hva:	
BLODFORTYNNENDE? (Husk medisinliste!)	NEI ☐ JA ☐	☐ Albyl E ☐ Asasantin ☐ Marevan ☐ Lixiana ☐ Annet ☐ Plavix/ Brilique/ Efient ☐ Xarelto/ Eliquis/ Pradaxa	
ANDRE FASTE MEDISINER? (Husk medisinliste!)	NEI ☐ JA ☐	Navn på tabletter og dosering:	
RØYKER DU?	NEI ☐ JA ☐	☐ Daglig ☐ Av og til ☐ Sluttet (når?):	
SNUS?	NEI ☐ JA ☐	☐ Daglig ☐ Av og til ☐ Sluttet (når?):	
Andre rusmidler?	NEI ☐ JA ☐	Spesifiser:	
ALKOHOL?	NEI ☐ JA ☐	Enheter/uke: (1 enhet = 1 gl øl / vin el. 1 drink)	
DIN HØYDE CM	DIN VEKT KG		For legen på MHH: Blodtrykk: Puls: Cor: Pulm: Halskar:
FØDSELSDATO:	NAVN (BLOKKBOKSTAVER):		
DATO:	UNDERSKRIFT:		
NB! TA MED MEDISINLISTE inkl. dosering, fra din fastlege			

For bruk på sykehuset:
☐ Skjema scannes for mulig senere bruk

☐ Pas er ortopedisk klarert og meldt til Inntakskontoret for operasjon (DIPS)

☐ Pas er henvist til ortopedisk tilleggs-u.s., og svar må foreligge før opr. Type u.s.:

☐ Det skal innhentes ort. tilleggsopplysninger (for hva, fra hvor og når):

Antikoagulasjonsbehandling: ☐ Standard regime ☐ Se 'Kommentar'-feltet i DIPS

 Pasientens papirer skal vurderes av anestesilege: ☐ Nei ☐ Ja – Pasientens papirer skal vurderes av anestesilege

 Hvis tvil om anestesimessig klarering – ring **2525** (vakthavende anestesi-lege)

☐ **NB! Det skal innhentes medisinske tilleggsopplysninger:**
 (type dokument, hva det gjelder, hvor og når vurdert)

☐ **Pasienten er henvist til ekstern spesialist for:**

☐ **Pasienten er henvist til rtg c-col. med problemstilling:**

☐ **Det er bedt om oppfølging hos fastlege for:**

 / /
 Dato / Init. ortoped / Sign. Ortoped