

Protoser, implantater og lignende:

Bruker du/ har du

Forklar

JA NEI

Kontaktlinser?

Kunstig hjerteklauff?

Pacemaker?

Hofte- kne- eller annen leddprotese?

Andre objekter av metall i kroppen?

Tannprotoser?

Løse tenner?

Broer, kroner, annen tannregulering?

Piercing?

Bruk av midler:

Bruker du en spesiell diett?

Røyker du daglig? Hvis ja, hvor mye pr dag?

Bruker du alkohol daglig?

Bruker du narkotika?

Har du betenkeligheter med å få blodoverføring?

Spesielle ting vi bør kjenne til? Nedsatt syn Nedatt hørsel Funksjonshemming

Sosiale forhold som er viktig å ta hensyn til i planleggingen, f.eks hjemmesykepleie, bor du alene, trapper i huset, får du hjelp av familier/ venner etter operasjonen?

Har du andre, relevante opplysninger som ikke er nevnt ovenfor?

Høyde: cm

Vekt: kg

Dersom du bruker medikamenter, ber vi deg skrive dem opp nedenfor. Gjelder også naturmedisiner, "alternative" medikamenter og vitaminer. Ved førstkomende besøk ber vi deg ta med alle medikamenter

Medikament	Dose	Start dato/år	Medikament	Dose	Start dato/år

Jeg erklærer at opplysningene er riktige.

Navn: Dato:

PREOPERATIVE OPPLYSNINGER OM EGEN HELSE

I løpet av kort tid skal du bli operert. Vi ber vi deg svare på følgende spørsmål slik at vi skal kunne foreta en god vurdering av deg når vi planlegger operasjon og bedøvelse. Dette er viktig for din egen sikkerhet og kvaliteten på behandlingen. Kirurgen og anestesilege skal lese skjemaet.

Ved spesielle funn kan det være nødvendig med vurdering av annen spesialist før operasjon. Opplysningene behandles konfidensielt.

Kirurgisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag,

Sykehuset Levanger

Kirkeg. 2, 7600 Levanger

Tlf. 74098700 / 74098000

Skjemaet returneres i vedlagte konvolutt snarest
Når skjemaet er motatt vil du få innkalling/
nærmere informasjon fra sykehuset

Navn: Personnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnr:

Poststed:

Telefon hjemme:

Mobil:

Nærmeste pårørende/ slektsp/ venn/ nabo: (navn og tlf):

Dersom du skal opereres **dagkirurgisk MA** du fylle ut dette:

Du kan ikke være alene det første døgnet! Oppgi hvem som skal være sammen med deg og og hvor dere vil oppholde dere

Navn:

Adresse:

Telefon:

Ditt yrke:

Arbeidsgiver:

Adresse arb. giver:

Telefon arb. giver:

Fastlege:

Har du opparbeidet deg frikort? JA NEI

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært innlagt eller jobbet ved et sykehus utenfor Norden? JA NEI

For sykehuset

Nødvendige supplerende us: ASA 1 2 3 4

EKG/ Ritg thorax

Godkjent for dagkirurgi

INR

Journal

Hgb/ screen/lab

Tilsyn av anestesilege

Navn anestesilog (sign): Dato: