

SKJEMA OM HELSEOPPLYSNINGAR VED SJUKEHUSBESØK

Vi ber deg fylla ut og sende inn dette skjemaet før du skal på sjukehuset. Send svaret til sjukehuset og den avdelinga som har kalla deg inn (sjå informasjon i brevet). Du kan også logge inn på helsenorge.no via lenke angitt i innkallingsbrevet og fylla ut skjemaet der. Skjemaet vil først bli lese i samband med timeavtalen din, ikkje med ein gong du sender det inn. Skjemaet blir ikkje svart på.

Personopplysningar og pårørande

| | |
|--------------------|----------------------------|
| Etternamn: | Fornamn: |
| Mellomnamn: | Fødselsnummer (11 siffer): |
| Tlf. privat/mobil: | Namn på hovudpårørande: |
| Namn på pårørande: | |

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

Har du ein eller fleire arbeidsgivarar? Ja Nei

| Arbeidsgivars namn | Yrke/ stilling | Stillingsprosent |
|--------------------|----------------|------------------|
| | | |

Helse

Har du, eller har du hatt, nokon av sjukdommane under? *Sett kryss og svar på spørsmåla*

Hjarte-/ karsjukdom

Kva sjukdom?

Angina pectoris
(hjartekrampe)

Rytmeforstyrning
(atrieflimmer)

Hjarteoperert

Hjartesvikt

Klaffefeil

Annan hjarte- og
karsjukdom

Kva annan hjarte- og karsjukdom?

Har du pacemaker? Ja Nei

Veit du kva type pacemaker du har?

Dersom du har vore hjarteoperert, ber vi deg svare på nokon ekstra spørsmål

Utblokking av kransårene i hjartet (PCI)? Ja Nei

Når og kvar vart du operert?

Open hjarteoperasjon på hjartetets kransårer (bypassoperasjon)? Ja Nei

Når og kvar vart du operert?

Hjarteklaffoperasjon? Ja Nei

Når og kvar vart du operert?

Høgt blodtrykk (hypertensjon)

Er blodtrykket ditt velkontrollert med medisinar? Ja Nei Veit ikkje

Auka blødningstendens eller bruker du blodfortynnande medisinar?

Huk av for det som gjeld deg:

Blodfortynnande medisinar Blødersjukdom eller andre koagulasjonsforstyrningar (forstyrningar i levringssevna til blodet) Annan blødningstendens

Lungesjukdom

Kva lungesjukdom?

Bruker du oksygen heime? Ja Nei

Søvnapné

Bruker du pustemaske når du søv? Ja Nei
Ta med deg pustemaska dersom du skal leggjast inn på sjukehuset.

Nevrologisk sjukdom

Kva for ein nevrologisk sjukdom?

Nyresjukdom

Kva nyresjukdom?

Leversjukdom

Kva leversjukdom?

Diabetes

Kva type diabetes har du?

Stoffskiftesjukdom

Kva stoffskiftesjukdom?

Leddgikt eller muskel-skjelettsjukdom

Kva leddgikt eller muskel-skjelettsjukdom?

Mage- eller tarmproblem

Kva type mage- eller tarmproblem?

Psykisk sjukdom

Kva for ein psykisk sjukdom?

Smittsam sjukdom

Kva for ein smittsam sjukdom?

Kreft

Kva type kreft og eventuelt behandling?

Annan sjukdom

Kva sjukdom?

Får du brystmerter eller blir tungpusta når du går opp trapper to etasjar i normalt tempo?

Brystmerter

Tungpusta

Kan ikkje gå i

Nei

trapper

Høgde i centimeter:

Vekt i kilo:

Er du gravid?

Ja Nei

Forventa termin:

Ammar du?

Ja Nei

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

Har du vore gravid tidlegare?

Ja Nei

Har du fødd eitt eller fleire barn?

Ja Nei

Talet på vaginale fødsjar og årstal:

Talet på keisarsnitt og årstal:

Har du abortert?

Ja Nei

Talet på spontanabortar:

Talet på provoserte abortar:

Talet på medisinske abortar:

Talet på kirurgiske abortar:

Har du hatt svangerskap utanfor livmora?

Ja Nei

Vart du operert relatert til dette?

Ja Nei

Kva vart gjort under operasjonen?

Er du tidlegare behandla for livmorshalsforandringar?

Ja Nei

Oppgi behandling, årstal og stad

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

Har du menstruasjon? Ja Nei

Angi dato for sist menstruasjon:

Har du komme i overgangsalderen (menopause)? Ja Nei

Hugsar du kor gammal du var?

Har du vorte operert i eller via skjeden? Ja Nei

Oppgi kva slags operasjon og når:

Har du vorte operert med kikhol i magen/buken? Ja Nei

Oppgi kva slags inngrep og når:

Har du vorte operert med open mage/bukoperasjon? Ja Nei

Oppgi kva slags inngrep og når, og kor mange har vore keisarsnitt:

Medisinar og allergiar

Brukar du medisinar? (*gjelder også prevensjonsmiddel, reseptfrie medisinar, alternative medisinar og naturmedisinar*) Ja Nei

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

Namn på medisin, styrke og type (til dømes tablett, dropar eller sprøyte) og kor mykje tek du av medisinen kvar dag?

Er du allergisk mot nokre medisinar? Ja Nei

Kva medisinar (legemiddelnamn, styrke og form) og kva slags reaksjon?

Er du allergisk mot nokre matvarer, pollen, lateks, nikkel eller anna? Ja Nei

Kva er du allergisk mot og kva slags reaksjon?

Har du tidlegare reagert på kontrastmiddel i samband med radiologiske undersøkingar? Ja Nei Veit ikkje

Kva slags reaksjon?

Mat, livsstil og daglegliv

Treng du ein spesiell type mat? (*sett eitt eller fleire 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"/> Annan spesialkost |
| <input type="checkbox"/> Kosher kost | <input type="checkbox"/> Vegan kost | |

Kva annan spesialkost?

Har du problem med å dusje, kle på deg og utføre daglege gjeremål sjølv? Ja Nei

Kva trenger du hjelp til? Bruker du hjelpemiddel? Har du ein personleg assistent?

Har du problem med å sjå, høyre eller snakke som vi bør ta omsyn til? Ja Nei

Beskriv:

Kor ofte røyker du? Aldri Sjeldan Vekentleg Dagleg

Har du røykt tidlegare?

Kor ofte snusar du? Aldri Sjeldan Vekentleg Dagleg

Kor ofte drikk du alkohol? Aldri Sjeldan Vekentleg Dagleg

Kor mange einingar dagleg eller vekentleg?

Brukar du andre rusmiddel? (Vi spør om dette fordi det kan påvirke korleis du reagerer på bedøving, smertestillande og andre medisinar. Sjukehuset melder ikkje til politiet om du svarer ja på spørsmål om bruk av ulovlege rusmiddel) Ja Nei

Beskriv type og hyppigheit

Før eventuell operasjon eller undersøking i narkose eller annan bedøving

Har du vore i narkose tidlegare? Ja Nei

Har du eller nokon du er i slekt med reagert på narkose eller bedøving? Ja Nei Veit ikkje

Kven har reagert, kva slags bedøving og kva slags reaksjon?

Har du problem med å røra kjeve eller nakke, eller med å gapa? Ja Nei

Beskriv korleis:

Har du tenner som er reparerte eller lause (bru, gebiss, stift, implantat)? Ja Nei

Beskriv kva:

Har du problem med å liggje flatt på ryggen? Ja Nei

Beskriv kvifor:

Har du halsbrann, magesår, magekatarr, matrøyrbrokk, sure oppstøytar eller liknande? Ja Nei Veit ikkje

Beskriv tilstanden:

Har du sår eller utslett i huden nær operasjonsstaden?

Ja Nei

Beskriv tilstanden:

Det er tilrådd å ha ein vaksen person hos seg det første døgnet i heimen etter ein operasjon.

Har du ein slik hjelpar som kan vera sammen med deg det første døgnet etter inngrepet/undersøkinga?

Ja Nei

Spørsmål til timeavtalen

Trenger du tolk?

Ja Nei

Kva språk?

Kan du komma til time på kort varsel?

Ja Nei

Har du vore i utlandet hos lege, tannlege, jobba på sjukehus, vore på barneheim eller i flyktningleir dei siste 12 månedane?

Ja Nei

Viss Ja: Test deg for motstandsdyktige bakteriar hos fastlegen. Testen er gratis.

Ring oss så fort som mogleg viss du veit at du sjølv eller nokon du bur sammen med, har eller har hatt motstandsdyktige bakteriar.

Er det noko anna vi bør vite for å kunne gje deg god behandling?

Stad/dato _____ Underskrift _____

Sist revidert: Januar 2023

Side 7 av 7