

## 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](https://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

Hjarteesvikt

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:

---

### 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 påverke 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 undersøkning i narkose eller annen 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?  
Beskriv korleis:  Ja  Nei

---

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 huda 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 samen 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 samen 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*