

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 pårørende: | |
| Fødselsnummer pårørende (11 siffer): | Tlf. privat/mobil pårørende: | |
| Har du eneansvar for barn under 18 år eller andre med spesielle omsorgsbehov? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | |
| Har du en eller flere arbeidsgivere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | |
| Arbeidsgivers navn | Yrke/ stilling | Stillingsprosent |
| Helse | | |
| Har du, eller har du hatt, noen av sykdommene under? <i>Sett kryss og svar på spørsmålene</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Hjerte-/ karsykdom | Hvilken hjerte-/karsykdom? | |
| Har du pacemaker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | |
| Vet du hvilken pacemaker du har? | | |
| <i>Dersom du har blitt hjerteoperert, ber vi deg svare på noen ekstra spørsmål</i> | | |
| Utblokking av kransårene i hjertet (PCI)? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Når og hvor ble du operert? | | |
| Åpen hjerteoperasjon på hjertets kransårer (bypassoperasjon)? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Når og hvor ble du operert? | | |
| Hjerteklaffoperasjon? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Når og hvor ble du operert? | | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk (hypertensjon) | Er blodtrykket ditt velkontrollert med medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Økt blødningstendens eller bruker du blodfortynnende medisiner? Huk av for det som gjelder deg: | |
| <input type="checkbox"/> Blodfortynnende medisiner | |
| <input type="checkbox"/> Blødersykdom eller andre koagulasjonsforstyrrelser (forstyrrelser i blodets levringssevne) | |
| <input type="checkbox"/> Annen blødningstendens | |
| <input type="checkbox"/> Lungesykdom | Hvilken lungesykdom? Bruker du oksygen hjemme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| <input type="checkbox"/> Søvnapné | Bruker du pustemaske når du sover? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Ta med deg pustemasken dersom du skal legges inn på sykehuset.</i> |
| <input type="checkbox"/> Nevrologisk sykdom | Hvilken nevrologisk sykdom? |
| <input type="checkbox"/> Nyresykdom | Hvilken nyresykdom? |
| <input type="checkbox"/> Leversykdom | Hvilken leversykdom? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Hvilken type diabetes har du? |
| <input type="checkbox"/> Stoffskiftesykdom | Hvilken stoffskiftesykdom? |
| <input type="checkbox"/> Leddgikt eller muskel-skjelettsykdom | Hvilken leddgikt eller muskel-skjelettsykdom? |
| <input type="checkbox"/> Mage- eller tarmproblemer | Hvilken type mage- eller tarmproblemer? |
| <input type="checkbox"/> Psykisk sykdom | Hvilken psykisk sykdom? |
| <input type="checkbox"/> Smittsom sykdom | Hvilken smittsom sykdom? |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kreft | Hvilken type kreft og eventuelt behandling? |
| <input type="checkbox"/> Annen sykdom | Hvilken sykdom? |
| Får du brystmerter eller blir tungpustet når du går opp trapper to etasjer i normalt tempo? | |
| <input type="checkbox"/> Brystmerter | <input type="checkbox"/> Tungpustet |
| <input type="checkbox"/> Kan ikke gå i trapper | <input type="checkbox"/> Nei |
| Høyde i centimeter: | Vekt i kilo: |
| Medisiner og allergier | |
| Bruker du medisiner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| <i>(gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner).</i> | |
| <i>Ta med oppdatert medisinliste til timeavtalen. Denne kan du få på apoteket eller hos din fastlege.</i> | |
| 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Hvilke medisiner (legemiddelnavn, styrke og form) og hva slags reaksjon? | |
| Er du allergisk mot noen matvarer, pollen, lateks, nikkel eller annet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Hva er du allergisk mot og hva slags reaksjon? | |
| Har du tidligere reagert på kontrastmiddel i forbindelse med radiologiske undersøkelser? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke | |
| Hva slags reaksjon? | |

Mat, livsstil og dagliglivTrenger 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"/> Saltreduert 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 DagligHvor ofte drikker du alkohol? Aldri Sjelden Ukentlig Daglig

Hvor mange enheter daglig eller ukentlig?

Bruker du andre rusmidler? Ja Nei*(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)*

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?
Hvem har reagert, hva slags bedøvelse og hva slags reaksjon? Ja Nei Vet ikke

Har du problemer med å bevege kjeve eller nakke, eller med å gape?
Beskriv hvordan: Ja Nei

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

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

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?
Beskriv tilstanden: Ja Nei

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? Hvilket språk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Kan du komme til time på kort varsel? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| <i>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.</i> | |
| Er det noe annet vi bør vite for å kunne gi deg god behandling? | |

Sted/Dato _____ Underskrift _____

Sist revidert: Mars 2023