

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:
Er du gravid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Forventet termin:	
Ammer du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<i>Dersom du skal til gynekologisk avdeling, ber vi deg svare på noen ekstra spørsmål</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vært gravid tidligere?	
Har du født ett eller flere barn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Antall vaginale fødsler og årstall:	Antall keisersnitt og årstall:
Har du abortert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Antall spontanaborter:	Antall provoserte aborter:
Antall medisinske aborter:	Antall kirurgiske aborter:
Har du hatt svangerskap utenfor livmoren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Ble du operert relatert til dette?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hva ble gjort under operasjonen?	
Er du tidligere behandlet for livmorshalsforandringer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgi behandling, årstall og sted	

Har du fått vaksine mot HPV (Humant papillomavirus)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du menstruasjon? Angi dato for sist menstruasjon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du kommet i overgangsalderen (menopause)? Husker du hvor gammel du var?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du blitt operert i eller via skjeden? Oppgi hva slags operasjon og når:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du blitt operert med kikkhull i magen/buken? Oppgi hva slags inngrep og når:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du blitt operert med åpen mage/bukoperasjon? Oppgi hva slags inngrep og når, og hvor mange har vært keisersnitt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Medisiner og allergier	
Bruker du medisiner? <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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er du allergisk mot noen medisiner? Hvilke medisiner (legemiddelnavn, styrke og form) og hva slags reaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er du allergisk mot noen matvarer, pollen, lateks, nikkel eller annet? Hva er du allergisk mot og hva slags reaksjon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Har du tidligere reagert på kontrastmiddel i forbindelse med radiologiske undersøkelser? Ja Nei Vet ikke
Hva slags reaksjon?

Mat, livsstil og dagligliv

Trenger 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 Daglig

Hvor 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