

## 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](http://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 pårørande:	
Fødselsnummer pårørande (11 siffer):	Tlf. privat/mobil pårørande:	
Har du eineansvar for barn under 18 år eller andre med spesielleomsorgs behov? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du ein eller fleire arbeidsgivarar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Arbeidsgivars namn	Yrke/ stilling	Stillingsprosent
Helse		
Har du, eller har du hatt, nokon av sjukdommane under? <i>Sett kryss og svar på spørsmåla</i>		
<input type="checkbox"/> Hjarte-/ karsjukdom	Kva hjarte-/ karsjukdom?	
Har du pacemaker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Veit du kva type pacemaker du har?		
<i>Dersom du har vore hjarteoperert, ber vi deg svara på nokon ekstra spørsmål</i> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Utblokking av kransårene i hjartet (PCI)?		
Når og kvar vart du operert?		
Open hjarteoperasjon på hjartetets kransårer (bypassoperasjon)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Når og kvar vart du operert?		
Hjarteklaffoperasjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Når og kvar vart du operert?		

<input type="checkbox"/> Høgt blodtrykk (hypertensjon)	Er blodtrykket ditt velkontrollert med medisinar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje
<input type="checkbox"/> Auka blødningstendens eller bruker du blodfortynnande medisinar? Huk av for det som gjeld deg:	
<input type="checkbox"/> Blodfortynnande medisinar	
<input type="checkbox"/> Blødersjukdom eller andrekoagulasjonsforstyrningar (forstyrningar i levringssevna til blodet)	
<input type="checkbox"/> Annan blødningstendens	
<input type="checkbox"/> Lungesjukdom	Kva lungesjukdom?  Brukar du oksygen heime? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<input type="checkbox"/> Søvnapné	Brukar du pustemaske når du søv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <i>Ta med deg pustemaska dersom du skal leggjast inn på sjukehuset.</i>
<input type="checkbox"/> Nevrologisk sjukdom	Kva nevrologisk sjukdom?
<input type="checkbox"/> Nyresjukdom	Kva nyresjukdom?
<input type="checkbox"/> Leversjukdom	Kva leversjukdom?
<input type="checkbox"/> Diabetes	Kva type diabetes har du?
<input type="checkbox"/> Stoffskiftesjukdom	Kva stoffskiftesjukdom?
<input type="checkbox"/> Leddgikt eller muskel-skjelettsjukdom	Kva leddgikt eller muskel-skjelettsjukdom?
<input type="checkbox"/> Mage- eller tarmproblem	Kva type mage- eller tarmproblem?
<input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom	Kva for ein psykisk sjukdom?
<input type="checkbox"/> Smittsam sjukdom	Kva for ein smittsam sjukdom?

<input type="checkbox"/> Kreft	Kva type kreft og eventuelt behandling?
<input type="checkbox"/> Annan sjukdom	Kva sjukdom?
Får du brystmerter eller blir tungpusta når du går opp trapper to etasjar i normalt tempo?	
<input type="checkbox"/> Brystmerter	<input type="checkbox"/> Tungpusta
<input type="checkbox"/> Kan ikkje gå i trapper	<input type="checkbox"/> Nei
Høgde i centimeter:	Vekt i kilo:
Er du gravid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Forventa termin:	
Ammar du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<i>Dersom du skal til gynekologisk avdeling, ber vi deg svare på nokre ekstra spørsmål</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vore gravid tidlegare?	
Har du fødd eitt eller fleire barn?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Talet på vaginale fødsjar og årstal:	Talet på keisarsnitt og årstal:
Har du abortert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Talet på spontanabortar:	Talet på provoserte abortar:
Talet på medisinske abortar:	Talet på kirurgiske abortar:
Har du hatt svangerskap utanfor livmora?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Vart du operert relatert til dette?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kva vart gjort under operasjonen?	
Er du tidlegare behandla for livmorshalsforandringar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgi behandling, årstal og stad	

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 komme i overgangsalderen (menopause)? Hugsar du kor gamal du var?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vorte operert i eller via skjeden? Oppgi kva slags operasjon og når:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vorte operert med kikhol i magen/buken? Oppgi kva slags inngrep og når:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du vorte operert med open mage/bukoperasjon? Oppgi kva slags inngrep og når, og kor mange har vore keisarsnitt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Medisinar og allergiar</b>	
<p>Brukar du medisinar? (gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisinar, alternative medisinar og naturmedisinar).</p> <p>Ta med oppdatert medisinliste til timeavtalen. Denne kan du få på apoteket eller hos fastlegen din.</p> <p>Namn på medisin, styrke og type (til dømes tablett, dropar eller sprøyte) og kor mykje tek du av medisinen kvar dag?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<p>Er du allergisk mot nokre medisinar?</p> <p>Kva medisinar (legemiddelnamn, styrke og form) og kva slags reaksjon?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<p>Er du allergisk mot nokre matvarer, pollen, lateks, nikkel eller anna?</p> <p>Kva er du allergisk mot og kva slags reaksjon?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

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

(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)

Beskriv type og hyppigheit:

**Før eventuell operasjon eller undersøkning 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?  
Kven har reagert, kva slags bedøving og kva slags reaksjon?  Ja  Nei  Veit ikkje

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)?  
Beskriv kva:  Ja  Nei

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

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

Har du sår eller utslett i huda nær operasjonsstadet?  
Beskriv tilstanden:  Ja  Nei

*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 saman med deg det første døgnet  
etter inngrepet/undersøkinga?  Ja  Nei

**Spørsmål til timeavtalen**

Treng du tolk?  
Kva språk?  Ja  Nei

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 saman 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: Mars 2023*

Side 7 av 7