

MINA FÖRHANDSUPPGIFTER

ifyllda _____ / _____ 20_____

För att vården och behandlingen ska löpa tryggt och säkert behöver vi noggranna uppgifter om ditt hälsotillstånd. Fyll därför i den här blanketten med omsorg.

Skicka blanketten till sjukhuset så fort som möjligt, eller ta med den till sjukhuset om du har fått en tid till polikliniken.

Namn _____ Personbeteckning _____
Yrke _____ Telefon _____ Vikt (kg) _____ Längd (cm) _____

Har du för tillfället eller har du tidigare haft några av följande sjukdomar?

Kranskärslssjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/När?
Klaffel i hjärtat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Rytmstörning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Pacemaker	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Blodtryckssjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Blodpropp i ven/lunga	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/När?
Stroke/cirkulationsstörning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/När?
Koagulationsstörningar/blödningstendens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, behandlas med <input type="checkbox"/> insulin, <input type="checkbox"/> tablett
Sköldkörtelsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Lever sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Reuma eller någon annan bindvävnadssjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/När inträffade det senaste anfallet?
Sömnapné	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/Hur behandlas sjukdomen?
Problem med den psykiska hälsan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hepatit, HIV, tuberkulos eller någon annan kronisk infektion	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/Vilken?
Någon annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/Vilken?
Främmande föremål i kroppen (t.ex. konstgjorda klaffar, endopoteser)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja/Vilket?

Får du bröstsmärtor? Vid vila Vid lätt belastning Vid hård belastning Nej, aldrig
(kryssa i åtminstone ett alternativ)

Hjälper nitro? Ja Nej Använder inte

Får du andnöd? Vid vila Vid lätt belastning Vid hård belastning Nej, aldrig
(kryssa i åtminstone ett alternativ)

Din nuvarande medicinering (även receptfria mediciner, t.ex. smärtlindrande mediciner, naturpreparat, vitaminer; t.ex. omega-3)

Namnet på medicinen	Styrka (t.ex. 50 mg)	Dosering, t.ex. 1/2, 1 eller 2 tabletter			
		Morgon	Dag	Kväll	Annan dosering

Är du allergisk?

Mot mediciner eller bedövningsmedel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Mot vad?	Vad får du för reaktion?
Mot gummi eller latex	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Mot vad?	Vad får du för reaktion?
Mot plåster eller tejper	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Mot vad?	Vad får du för reaktion?
Mot annat (t.ex. födoämnen)?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Mot vad?	Vad får du för reaktion?
Smärtlindrande mediciner som du inte tål:				

Tidigare operationer eller ingrepp:

Vilken operation/vilket ingrepp?	När?	Vilken operation/vilket ingrepp?	När?

Har du haft problem i samband med nedsövning eller bedövning? Hurdant? (t.ex. illamående, allergisk reaktion, andningsproblem, annat)

Har du under det senaste året vårdats eller undersökts i Finland ? (t.ex. hjärt- eller lungundersökningar)

Nej Ja

På vilket sjukhus? _____

Vad var orsaken till
vården eller undersökningen? _____

Har du under de senaste fem åren vårdats eller undersökts i utomlands? (t.ex. hjärt- eller lungundersökningar, tandvård)

Nej Ja

På vilket sjukhus? _____

Vad var orsaken till
vården eller undersökningen? _____

Bär du på en multiresistent bakterie (t.ex. MRSA, ESBL eller VRE)?

Nej Ja, vilken/När har det här konstaterats? _____

Använder du alkohol?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> dagligen	<input type="checkbox"/> varje vecka	<input type="checkbox"/> mera sällan
Röker du?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____ cigaretter/dygn, i _____ år		
Använder du droger?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vad?		

Har du tandbrygga, stifttand eller tandprotes?

Nej Ja/vad? _____

Är du gravid?

Nej Ja

Har du en följeslagare som kan följa dig hem på operationsdagen och en ansvarsfull person som kan stödja dig under natten?

Ja Nej

Annat viktigt

Jag behöver tolk, språk _____

Vad annat vill du berätta om din hälsa eller dina önskemål om vården?

Underskrift
