

## HELSEERKLÆRING FØR OPERASJON OG INNGREP

For at vi skal gi deg best mulig behandling, trenger vi følgende informasjon om din helsetilstand. Send svaret til sykehus og avdeling som har kalt deg inn til timen. Du kan og logge inn å fylle ut skjema på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) ved å bruke lenke angitt i innkallingsbrevet

Personopplysninger			
Navn:		Fødselsnummer (11 siffer)	
Alder:	Høyde (cm):	Vekt (kg):	Yrkesaktiv? Oppgi arbeidsgiver og yrke:
Andre opplysninger om deg			
<p><b>Har du arbeidet, fått tannbehandling eller behandling ved sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 måneder?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p><i>Hvis ja, ta kontakt med din fastlege så snart som mulig. Du vil da få hjelp til å ta nødvendige prøver og få nødvendig informasjon. Prøvene skal helst være tatt før innleggelse, for å forebygge at multiresistente bakterier blir en del av bakteriefloraen ved sykehuset.</i></p>			
<p><b>Har du en smittsom sykdom?</b> <i>For eksempel HIV, Hepatitt C, Tuberkulose, MRSA, ESBL, VRE</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Hvis ja, oppgi hvilke(n) sykdom:</p>			
<p><b>Gravid eller ammer?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nei/Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Usikker på om jeg er gravid. <input type="checkbox"/> Ammer</p> <p><input type="checkbox"/> Gravid, svangerskapsuke: _____</p> <p><i>Husk å ta med Helsekort for gravide dersom du har dette.</i></p>			
<p><b>Kjent allergi eller allergiske reaksjoner?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Lateksallergi</p> <p><input type="checkbox"/> Allergi mot røntgenkontrastmidler</p> <p><input type="checkbox"/> Legemiddelallergi <i>Vennligst spesifiser</i></p> <p><input type="checkbox"/> Annen allergi <i>(Matvarer, dyr, ulike stoffer eller annet).</i></p> <p><i>Vennligst spesifiser</i></p>		<p>Oppgi legemiddel og/eller allergi og reaksjon:</p>	
<p><b>Har du en voksen person som kan være hos deg første døgn etter eventuelt inngrep/operasjon?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>			

## Fysisk kapasitet og livsstil

**Klarer du å gå to trapper/etasjer uten å stoppe?**

- Ja  
 Nei, beskriv hvorfor:  
*(På grunn av tung pust, brystmerter, svimmelhet, bevegelseshjelpemidler eller annet)*

**Er du alvorlig synshemmet eller hørselshemmet?**

- Nei  
 Ja, beskriv kort:

**Røyker du fast?**

- Nei  
 Røyker. Hvor mange sigaretter røyker du per dag? \_\_\_\_\_  
 Har sluttet. Hvilket år sluttet du å røyke?  
 \_\_\_\_\_

**Drikker du alkohol?**

- Nei  
 Ja. Omtrent hvor mange enheter drikker du per uke? \_\_\_\_\_

**Bruker du vanedannende medikamenter, rusmidler eller andre vanedannende stoffer?**  Ja  Nei

*Det kan være anabole steroider, opioider, beroligende midler, oppstemmende midler eller annet. Vi spør om dette fordi det kan påvirke hvordan du reagerer på bedøvelse, smertestillende og andre medisiner. Sykehuset har ikke meldeplikt til politiet om bruk av ulovlige rusmidler.*

## Medisiner

**Bruker du medisiner?** Gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner.

- Nei  
 Blodfortynnende legemidler *Vennligst spesifiser*  
 Andre legemidler *Vennligst spesifiser*  
 Alternativ medisin eller kosttilskudd *Vennligst spesifiser*  
*(Bruk eventuelt baksiden hvis det ikke er nok plass)*

**Ta i tillegg med oppdatert medisinliste til timeavtalen. Denne kan du få hos din fastlege.**

Legemiddelnavn	Styrke	Dosering	Hvorfor bruker du disse?

## Sykehistorie

**Har du eller har du hatt?** Sett kryss for det som stemmer for deg.

- Hjerne-karsykdom *Hjerteinfarkt, angina/hjertekrampe, hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelse, uregelmessig puls, etc. Vennligst spesifiser*
- Høyt blodtrykk (hypertensjon)
- Sykdom i blodårene, tette blodårer (ikke hjertet), andre problemer med blodårene. *Vennligst spesifiser*
- Lungesykdom *For eksempel KOLS, astma, bronkitt. Vennligst spesifiser*
- Nevrologisk sykdom *For eksempel hjerneslag, hjerneblødning, epilepsi, migrene. Vennligst spesifiser*
- Nyresykdom eller leversykdom *For eksempel nyresvikt, hepatitt eller leversvikt. Vennligst spesifiser*
- Problemer med mage eller tarm *For eksempel magesår, gastritt, spiserørsbrokk eller sure oppstøt. Vennligst spesifiser*
- Kostholdregulert diabetes
- Tablettregulert diabetes
- Insulinkrevende diabetes
- Stoffskiftesykdom *Vennligst spesifiser*
- Leddgikt eller muskel-skjelettsykdom/revmatisk lidelse *Vennligst spesifiser*
- Psykisk sykdom *Vennligst spesifiser*

Hvilke(n) sykdom, plager eller problemer:

Har du krysset av for hjerne-karsykdom og/eller lungesykdom, vennligst oppgi eventuelle behandlinger du har mottatt for din sykdom:

Økt blødningstendens/blødersykdom  
Hvorfor har du økt blødningstendens? Beskriv (gjelder ikke medisiner):

*Blødningstendens vil si at du har lettere for å blø enn andre, og blør lengre enn normalt når du skader deg. Blødningstendens påvises gjerne på sykehus eller hos fastlege gjennom en blodprøve.*

Søvnapné (Pustestopp ved søvn)

Bruker du CPAP (Pustemaske)?

- Ja (Ta med CPAP til sykehuset når du skal opereres)
- Nei

**Har du annen sykdom vi bør vite om eller ta hensyn til?** Hvilke(n) sykdom:

## Tidligere anestesi (narkose eller ryggbedøvelse)

Har du fått narkose i forbindelse med en operasjon eller undersøkelse?

- Nei  
 Ja. Kjenner du til tidligere problemer i forbindelse med dette, vennligst spesifiser:

Har du fått ryggbedøvelse i forbindelse med en operasjon eller undersøkelse?

- Nei  
 Ja. Kjenner du til tidligere problemer i forbindelse med dette, vennligst spesifiser:

Kjenner du til at nær genetisk slektning har hatt komplikasjoner ved bruk av narkosemiddel?

- Nei  
 Ja. Hvilket slektskap har dere? \_\_\_\_\_

Dersom ja, beskriv hvilke komplikasjoner og hva som skjedde:

Har du problemer med å bevege kjeve/gape eller nakken?

- Nei  
 Ja. Hva er årsaken:

Har du tenner som er reparerte eller løse (bro, stift, implantater), tannprotese, pågående tannbehandling, piercing, eller andre løse elementer i munnen?

*Gjelder ikke fyllinger i egne tenner*

- Nei  
 Ja. Hva?:

**Gynekologisk** Fylles ut dersom du har time på gynekologisk poliklinikk, fødepoliklinikken eller skal du til et inngrep/operasjon på Kvinneklinikken

Dato for siste menstruasjon:  Ikke aktuelt

Regelmessig menstruasjon?

- Ja  Nei  Ikke aktuelt

Antall aborter:

Årstall for siste abort:

Antall vaginale fødsler og årstall:

Antall keisersnitt og årstall:

## Annen viktig informasjon

Er det annen viktig informasjon vi trenger å vite om deg, beskriv dette her:

Dato: \_\_\_\_\_ Sted: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Signatur utfyller av skjemaet

For avdelingen

Dato:

Sign.: