

Navn	gateadresse:
	Postnummer:
Fødselsnummer	Arbeidsgiver :
Telefon	Arbeidsgivers adr.:
E-mail	

Pårørendes navn og telefonnummer :

(gjelder person som skal ledsage deg hjem etter inngrepet)

 Spørsmål som besvares med **JA** : vennligst gi kommentar på angitt felt.

Helse og sykdom : har du eller har du hatt : ja nei

		ja	nei
1	Behandlingstrengende høyt blodtrykk		
2	Hjertesykdom; Innlagt stent, pacemaker , infarkt, hjerteflimmer etc.		
3	Astma eller annen lungesykdom		
4	Diabetes eller annen stoffskiftesykdom (Ta med eget insulin og måleutstyr)		
5	Nevrologisk sykdom (epilepsi, hjerneslag , muskelsykdom , lammelser etc)		
6	Leddgikt eller annen revmatologisk sykdom		
7	Blødningstendens (genetisk, blodfortynnende, lett for å blø)		
8	Infeksjonstendens (gjentatt, kronisk infeksjon som HIV, hepatitt etc.)		
9	Mageproblemer (magesår, sure oppstøt, spiserørsbrokk, slankeoperert)		
10	Allergi mot medikamenter , matvarer, pollen etc.		
11	Familiære sykdommer ? (genetisk).		
12	Har du vært blitt behandlet på sykehus utenfor Norge siste 12 mndr. ?		
13	Bruker du medikamenter ? Spesifiser så nøyaktig som mulig (nederst)		
14	Har du hatt narkose tidligere ?		
15	Har det oppstått problemer med tidligere narkose / bedøvelse ?		
16	Vet du om det har vært problemer med narkose hos nære familiemedlemmer ?		
17	Har du problemer med å gape høyt eller bøye nakken ?		
18	Røyker du ? Hvor mye pr. dag :		
19	Har du noen som kan være hos deg til dagen etter operasjonen ?		
20	Har du lest informasjonen angående inngrep / prosedyrer ?		
21	Har du uttalt snorking om natten / søvnapnoe ? Bruker CPAP ?		

HØYDE :
VEKT :
Medikamenter : _____

Andre anmerkninger _____

UTFYLLES AV OPERATØR :

DIAGNOSE :	
INNGREP:	
PRIS :	
TAKST :	
ANTATT OPERASJONSTID :	
OPERASJONS LEIE :	
SPESIALUTSTYR :	
ANESTESI ØNSKE	
BLODTOMT :	
SYKEMELDING :	
ANTIKOAGULASJON :	
ANTIBIOTIKA :	
SEPONERING AV : (EKS. ANTIKOAGULANTIA / BLODFORTYNNENDE)	
MRSA sjekk ok (dersom indisert) :	ja: <input type="checkbox"/> nei : <input type="checkbox"/>

Underskrift av pasient /klient

Det bekreftes ved signatur at det er avgitt fullstendige og korrekte opplysninger, og at du har lest og forstått informasjonsskriv og muntlig informasjon angående ditt inngrep.

Dato : Signatur :