

Navn	Gateadresse:		
	Postnummer:		
Fødselsnummer	Arbeidsgiver:		
Telefon	Arbeidsgivers adr.:		
Epost	Stillingstittel:		
Pårørendes navn og telefonnummer:			
<small>(gjelder person som skal ledsage deg hjem etter inngrepet)</small>			
Spørsmål som besvares med JA - vennligst gi kommentar på angitt felt.			
Har du eller har du hatt:			
		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 Norden 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 m. 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 uttalt snorking om natten/søvnapné? Bruker du CPAP?		
20	Har du lest/fått muntlig informasjon angående inngrep/prosedyrer?		
21	Har du noen som kan være hos deg til dagen etter operasjonen?		
22	Har du noen som kan hente deg etter operasjonen?		
HØYDE: <input type="text"/>		VEKT: <input type="text"/>	
Medikamenter:			

Andre anmerkninger:			

UTFYLLES AV OPERATØR:

DIAGNOSE:	
INNGREP:	
PRIS:	
TAKST:	
ANTATT OPERASJONSTID:	
OPERASJONSLEIE:	
SPESIALUTSTYR:	
ANESTESIØNSKE:	
BLODTOMT:	
SYKEMELDING:	
ANTIKOAGULASJON:	
ANTIBIOTIKA:	
SEPONERING AV: (EKS. ANTIKOAGULANTIA / BLODFORTYNNENDE)	
MRSA sjekk ok (dersom indisert) :	ja: <input type="checkbox"/> nei : <input type="checkbox"/>
Preoperativ EKG:	Blodprøvestatus:
Preoperativ spesialistvurdering:	
Preoperativ vurdering av anestesilege:	

Underskrift av pasient

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:.....