

**HÄLSODEKLARATION**

För vuxna och barn

Har Du anhörig eller bekant hemma 1:a natten? JA NEJ	Patient
Planerat ingrepp:	Personnummer:
TE TT ABR TMD FESS Conchotomi RSP SPL Otopl. Myringopl.	Namn:
	Mobilnr:
	E-mail:
	Anhörig som kan kontaktas vid behov:
	Mobilnr:

Hälsodeklarationen måste skickas ifyllt till oss senast 1 vecka före operationsdagen:
 Öron- Näs- Halskliniken, Sophiahemmet, Box 5605, 11486 Stockholm, eller faxes till : 08-7967199,
OBS: Om vi inte har kunnat bedöma hälsodeklarationen i tid, finns en **risk att operationen stryks på operationsdagen.**

Är du **40 år eller äldre** vill vi att du kontrollerar ditt **blodtryck** hos t.ex hushälsokaren. Aktuellt blodtryck är: /

Har du behov av mer plats att skriva på? Använd baksidan. Vänd --->

Besvara ALLA frågor, tack.	JA	NEJ	Kommentar - beskriv
Högt blodtryck?			
Hjärt- eller kärlsjukdom? (Angina? Infarkt? Förmaksflimmer? PM?)			
Lungsjukdom ? (Tex astma, KOL, pneumothorax mm)			
Har du haft lunginflammation eller kikhosta senaste 6 mån?			
Sömnapné syndrom? Om ja, CPAP?			
Stroke, epilepsi eller annan neurologisk sjukdom?			
Ökad blödnings tendens/blödarsjuka eller blodsjukdom? T.ex. ofta näsblod, lätt att få blåmärken, riklig mensblödning			
Tidigare blodpropp? DVT? Lungemboli?			
Diabetes, typ och ev komplikationer			
Lever- eller njursjukdom?			
Sura uppstötningar, halsbränna?			
Smittsam sjukdom (HIV, Hepatit, MRSA, VRE eller annat)?			
Andra sjukdomar eller problem?			
Sjukhusvård utomlands senaste 6 månaderna?			Om ja, var:
Sjukhusvård i Sverige senaste 6 månaderna?			Orsak:
Har du opererats tidigare och för vad?			
Problem i samband med sövning/narkos eller bedövning			
Allergi (antibiotika, lokalbedövningsmedel eller annat)			
Ärftlig sjukdom i släkten? Malign hypertermi? Porfyri? Annat?			
Rökare? <input type="checkbox"/> Aldrig rökt <input type="checkbox"/> Slutade..... <input type="checkbox"/> Ja:...../dag			
Samtycker du till att berörd läkare vid behov kan läsa dina journaler så att din anesthesi kan genomföras på bästa sätt?			

Pågående läkemedelsbehandling?	Läkemedelsnamn	Styrka	Dos

Längd
Vikt

Datum

Underskrift/målsmans underskrift

Narkosläkarens bedömning:
BMI:
ASA:
Mask LM Intub LA
Godkänd för anesthesi: Ja Nej / sign.