

### Egenerklæring om helse:

Vi ber deg fylle ut skjema slik at vi får tilstrekkelige opplysninger om din helse i forbindelse med at du er planlagt til operasjon.

For hjelp til utfylling av skjema – ta kontakt med fastlege/henvisende lege.

Opplysninger i dette skjemaet er viktig for din behandling.

Dersom vi ikke mottar utfylt skjema vil du ikke kunne få gjennomført din planlagte operasjon.

Personnummer: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./Poststed: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Kjønn: Kvinne

Mann

Trenger du/dere telefontolk: Ja  Nei  Hvis Ja – Hvilket språk? \_\_\_\_\_

Høyde (cm): \_\_\_\_\_ Vekt (kg): \_\_\_\_\_

Din Fastlege (Navn og adresse):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende:

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

Relasjon: \_\_\_\_\_

Mobilnr: \_\_\_\_\_

1. Har du vært innlagt på sykehus, mottatt helsehjelp, tannbehandling, arbeidet eller oppholdt deg i institusjon utenfor Norden i løpet av de siste 12 mndr? Ja  Nei   
Hvis Ja-Når og hvor?  
Ta kontakt med fastlegen for prøvetaking MRSA.
2. Du må avtale at noen kan være hjemme hos deg etter operasjon. Har du problemer med å ordne dette? Ja  Nei   
Hvis Ja – Ta kontakt per telefon 33616160.

3. Kan du komme på kort varsel? Ja  Nei
4. Har du noen form for allergier (CAVE)?  
Hvis ja – hvilken type og hva slags reaksjon? Ja  Nei
5. Bruker du noen form for medisiner?  
Hvis ja – Legg ved liste/skriv navn på medisin her: Ja  Nei
6. Har du vært innlagt på sykehus i Norge tidligere, inkludert operasjoner?  
Hvis ja – list opp under:  
Operasjon/tilstand/sykdom:                      Hvilket sykehus:                      Årstell: Ja  Nei
7. Har du vært hos spesialist eller sykehuslege de siste 5 årene?  
Hvis ja – list opp under:  
Årsak til legebesøk:                      Legens navn:                      Tidspunkt for konsultasjon: Ja  Nei
8. Har du eller et familiemedlem hatt problemer med narkose/bedøvelse tidligere?  
Hvis ja – Hva skjedde? Hvilket sykehus og når? Ja  Nei
9. Har du problemer med å åpne munnen vidt eller har begrenset nakkebevegelse?  
Hvis Ja – Forklar: Ja  Nei
10. Har du noen løse tenner i munnen, proteser eller Broer som kan tas ut?  
Hvis ja – beskriv: Ja  Nei
11. Har du noen problemer med å ligge flatt på rygg? Ja  Nei

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 12. Har du problemer med å gå i en trapp 2 etasjer uten å stopp?<br>Hvis ja – hva stopper deg?                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du noen spørsmål om narkose/bedøvelse som du ønsker å snakke med narkosepersonell om?<br>Hvis ja – hva? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 14. Tidligere sykdommer. Har du eller har du noen gang hatt:  |                             |                              |
| Behandling for høyt blodtrykk?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Angina eller andre brystmerter  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Annen hjertelidelse (f.eks klaffefeil/bilyd/Pacemaker)  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Lungesykdom?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Kortpusthet?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Astma?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Har du noen gang brukt inhalasjonsmedisin?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Annen pustelidelse (f.eks søvnapnoe/snorkesyke)   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Bruker du CPAP/BIPAP (pusteapparat)   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Diabetes/sukkersyke?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Leddgikt?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi/krampeanfall?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Psykisk sykdom?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Besvimelser?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Blodpropp eller blødningsforstyrrelse?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Anemi/Lav blodprosent?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Tidligere blodoverføring?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Nyresykdom?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Hepatitt/gulsott/leversykdom  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Sure oppstøt/halsbrann/mellomgulvsbrokk?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Magesår/tolvfingertarmsår?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Har din lege utskrevet kortison/prednisolon?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Finnes det sykdom som er arvelig i familien din?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Smittsom infeksjonssykdom?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Røyker du/snuser du?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Drikker du alkohol?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Er du gravid?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Ammer du?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

Dersom du får endring i din helsetilstand, eller får nye sykdommer etter at du har sendt inn egenerklæringen, må du straks ta kontakt med oss på telefon 33616160. Dette er viktig for at du skal få gjennomført din planlagte operasjon.

Signatur: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Evt signatur til personen som har fylt ut skjema: \_\_\_\_\_