



## EGENERKLÆRING - Helseopplysninger

Fyll ut begge sider av dette skjemaet. **TA MED SKJEMAET NÅR DU KOMMER TIL OSS.**

Er det noe du er usikker på – ta kontakt med fastlegen din.

Hvis du krysser **JA** på et av spørsmålene, er det fint om du tar med deg dokumentasjon på dette, f.eks. notat fra konsultasjon hos spesialist etc.

SPØRSMÅL OG SVAR: Kryss av NEI eller JA , - evt hvilken type operasjoner / sykdommer:		For sykehusets notater
<b>TIDLIGERE OPERERT?</b> (evt hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Spesifiser:.....
<b>PROBLEMER MED TIDL. NARKOSE/BEDØVELSE?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Type problem? .....
<b>HJERTESYKDOM?</b> (Innlagt? evt hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bypass operasjon <input type="checkbox"/> Hjertestent <input type="checkbox"/> Hjerteklaff <input type="checkbox"/> Hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk <input type="checkbox"/> Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Annet?.....
<b>LUNGESYKDOM?</b> (Innlagt? evt hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Kols <input type="checkbox"/> Emfysem <input type="checkbox"/> Snorkesyke/Søvnapné <input type="checkbox"/> Bruker CPAP <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>NYRE-, LEVER-, eller MAGESYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nyresykdom <input type="checkbox"/> Leversykdom <input type="checkbox"/> Spiserørsbrokk <input type="checkbox"/> Sure oppstøt <input type="checkbox"/> Magesår <input type="checkbox"/> Annet/ spesifiser .....
<b>DIABETES eller STOFFSKIFTESYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes behandling: <input type="checkbox"/> Diett <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Stoffskiftesykdom <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>NYLIG GJENNOMGÅTTE INFEKSJONER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tenner <input type="checkbox"/> Urinveier <input type="checkbox"/> Luftveier <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>SMITTSOM SYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>INNLAGT PÅ SYKEHUS / OPERERT I UTLANDET?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Testet for MRSA (resistent bakterie).? Dato: .....
<b>TIDLIGERE BLODPROPP?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hjerne <input type="checkbox"/> Lunger <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Øyne <input type="checkbox"/> Arvelig blodpropptendens <input type="checkbox"/> Annet? .....
<b>BLØDERSYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser .....
<b>HJERNESLAG, EPILEPSI, PARKINSON, ANDRE NEVROLOGISKE SYKDOMMER?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Hjerneslag <input type="checkbox"/> Annet/ spesifiser .....
<b>KREFTSYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Krefttype/ årstall/ behandling? .....
<b>ANNEN SYKDOM?</b>	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser .....

ANDRE SPØRSMÅL:		For sykehusets notater
ALLERGIER? NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medisiner <input type="checkbox"/> Bedøvelse <input type="checkbox"/> Lateks <input type="checkbox"/> Sulfa /antibiotika <input type="checkbox"/> Ibux/ Voltaren o.l Annet/spesifiser reaksjon?.....	
BLODFORTYNNENDE? (Husk medisinliste!) NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Albyl E <input type="checkbox"/> Asasantin <input type="checkbox"/> Marevan <input type="checkbox"/> Plavix/ Brilique/ Efient <input type="checkbox"/> Xarelto/ Eliquis/ Pradaxa	
ANDRE FASTE MEDISINER? (Husk medisinliste!) NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Navn på tabletter og dosering:	
RØYKER DU? NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Sluttet (når?) SNUS? NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Evt. spesifiser:.....	
DRIKKER DU ALKOHOL? NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> 3-5 dager pr. uke <input type="checkbox"/> 2 dager eller mindre pr. uke	
DIN HØYDE.....CM	DIN VEKT.....KG	<b>For Legen på MHH:</b> Blodtrykk:  Puls:  Cor: Pulm:  Halskar:
FØDSELSDATO: .....	NAVN: (BLOKKBOKSTAVER) .....	
DATO:.....	UNDERSKRIFT: .....	
<b>NB! MEDISINLISTE!</b>	<b>Vennligst ta med en liste over medisinbruk, inkl. dosering, fra din primærlege ved fremmøte.</b>	

Trengs et nytt eksemplar av dette skjemaet kan det lastes ned fra vår internettside: [www.mhh.no](http://www.mhh.no)

**For bruk på sykehuset:**

- skjema scannes for mulig senere bruk  
 Pasienten er ortopedisk klarert  til dagkirurgi: .....  
 til innleggelse: .....

- Det skal innhentes ort. tilleggsopplysninger: .....  
 (fra hvor og når) .....

Pasienten er medisinsk klarert  **JA**    **NEI**, pas. skal vurderes av anestesilege

- Det skal innhentes medisinske tilleggsopplysninger: .....  
 (fra hvor og når) .....  
 Henvisning til **kardiolog** ved MHH (se ort.pol notat) .....  
 Pas har nyoppdaget lidelse og er henvist til utredning for: .....

...../...../.....  
 Dato   /   Init. ortoped   /   Sign. ortoped