



EGENERKLÆRING - Helseopplysninger

NB! BEGGE SIDER av skjemaet skal fylles ut.

NB! Hvis fylles ut hjemme: TA DET MED når du kommer til oss.

NB! Er det noe du er usikker på – ta kontakt med fastlegen din, ev. se på det sammen.

Hvis svaret er **JA** på ett eller flere av spørsmålene, så **TA MED EV. DOKUMENTASJON** på dette, f.eks. epikrise/notat fra konsultasjon hos spesialist etc.

SPØRSMÅL OG SVAR: Kryss av NEI eller JA, - evt hvilke operasjoner / sykdommer / plager		Sykehusets notater
TIDLIGERE OPERERT? (ev. for hva, hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser:
PROBLEMER MED TIDL. NARKOSE/BEDØVELSE	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Type problem?:.....
HJERTESYKDOM? (Innlagt? ev. hvor og når?) Siste blodtrykk målt (dato og verdi):	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"/> Angina <input type="checkbox"/> Rytmeforstyrrelser <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk (ev. at du behandles for det) <input type="checkbox"/> Brystsmerter <input type="checkbox"/> Hjertebank <input type="checkbox"/> Svimer (nesten) av Annet/ spesifiser:.....
LUNGESYKDOM? (Innlagt? ev. 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"/> Snorksyke/søvnapné <input type="checkbox"/> Bruker CPAP <input type="checkbox"/> Tungpusten Annet:
NYRE-, LEVER-, eller MAGESYKDOMMER? (Innlagt? ev. hvor og når?)	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 Annet/ spesifiser:
DIABETES? (Innlagt? ev. hvor og når?)	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Diabetes behandling: <input type="checkbox"/> Diett <input type="checkbox"/> Tabletter <input type="checkbox"/> Insulin Hvis diabetes: Siste HbA1c målt (dato og verdi):
STOFFSKIFTESYKDOM?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	
NYLIG GJENNOMGÅTTE INFEKSJONER?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Covid-19 <input type="checkbox"/> Urinveier <input type="checkbox"/> Tenner <input type="checkbox"/> Luftveier Annet/ spesifiser:
SMITTSOM SYKDOM?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitt <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tuberkulose Annet/ spesifiser:.....
INNLAGT PÅ SYKEHUS/ OPERERT I UTLANDET?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Innlagt på sykehus/ tannbehandling i utlandet <u>siste 12 mnd.</u> <input type="checkbox"/> Ev. testet for MRSA (resistent bakterie)? Dato:.....
TIDLIGERE BLODPROPP?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Lunger <input type="checkbox"/> Hjerne <input type="checkbox"/> Øyne <input type="checkbox"/> Arvelig blodpropptendens. Annet:
BLØDERSYKDOMMER?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser:
HJERNE/ NEVROLOGI?	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:
KREFTSYKDOM?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Krefttype/ årstall/ behandling?
ANNEN SYKDOM?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser:



ANDRE SPØRSMÅL:			Sykehusets notater
ALLERGIER?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medisiner / Bedøvelse - spesifiser hva: Spesifiser reaksjon: <input type="checkbox"/> Annen allergi - spesifiser hva:	
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"/> Lixiana <input type="checkbox"/> Annet <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"/>	<input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Sluttet (når?):	
Andre rusmidler?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Spesifiser:	
ALKOHOL?	NEI <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>	Enheter/uke: (1 enhet = 1 gl øl / vin el. 1 drink)	
DIN HØYDE CM		DIN VEKT KG	For legen på MHH: Blodtrykk: Puls: Cor: Pulm: Halskar:
FØDSELSDATO:		NAVN (BLOKKBOKSTAVER):	
DATO:		UNDERSKRIFT:	
NB! TA MED MEDISINLISTE inkl. dosering, fra din fastlege			

For nedlastning fra internett: <https://www.martinahansen.no/praktisk-informasjon#egenerklaering---helseopplysninger>

For bruk på sykehuset:

Skjema scannes for mulig senere bruk

Pas er ortopedisk klarert og meldt til Inntakskontoret for operasjon (DIPS)

Pas er henvist til ortopedisk tilleggs-u.s., og svar må foreligge før opr. Type u.s.:

Det skal innhentes ort. tilleggsopplysninger (for hva, fra hvor og når):

Antikoagulasjonsbehandling: Standard regime Se 'Kommentar'-feltet i DIPS

Pasientens papirer skal vurderes av anestesilege: Nei Ja – Pasientens papirer skal vurderes av anestesilege

Hvis tvil om anestesimessig klarering – ring **2525** (vakthavende anesthesi-lege)

NB! Det skal innhentes medisinske tilleggsopplysninger:
(type dokument, hva det gjelder, hvor og når vurdert)

Pasienten er henvist til ekstern spesialist for:

Pasienten er henvist til rtg c-col. med problemstilling:

Det er bedt om oppfølging hos fastlege for:

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