


HÄLSODEKLARATION - Inför planerat besök i sjukvården

Namn _____

Personnummer _____

Telefon _____

Längd _____ cm Vikt _____ kg

<p>Är du gravid? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Röker du? <input type="checkbox"/> Jag har aldrig rökt <input type="checkbox"/> Jag har tidigare rökt <input type="checkbox"/> Jag röker</p> <p>Om du är eller har varit rökare, hur mycket har du rökt under hur lång tid? _____</p>	<p>Hur många standardglas (se nedan) dricker du en vanlig vecka? <input type="checkbox"/> Jag dricker inte alkohol <input type="checkbox"/> Mindre än ett standardglas <input type="checkbox"/> 1 – 4 standardglas <input type="checkbox"/> 5 – 9 standardglas <input type="checkbox"/> 10 – 14 standardglas <input type="checkbox"/> 15 eller fler standardglas</p>
<p>Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas (se till höger) eller mer och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle? <input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Mer sällan än en gång per månad <input type="checkbox"/> Varje månad <input type="checkbox"/> Varje vecka <input type="checkbox"/> Dagligen eller nästan dagligen</p>	<p>Ett standardglas motsvarar till exempel:</p>  <p>En folköl (50 cl) En starköl/Cider (33 cl) Ett glas vin (12-15 cl) Starkvin (8 cl) Sprit, t.ex whiskey (4 cl)</p>

<p>Har du behandling för sömnapné syndrom/snarksjukdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du haft hjärtinfarkt, hjärtsvikt, förmaksflimmer, pacemaker, fel på hjärtats klaffar eller kärlekskramp? (ringa in vilket) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du opererats för sjukdom i dina artärer/pulsådor (aorta/halsartär)? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du tidigare haft en stroke, TIA eller hjärnblödning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Behandlas du för sjukdom i njurar eller lever? Om Ja, vilken sjukdom? _____ Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du insulinbehandlad diabetes? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du eller nära släkting överkänslighet mot narkosmedel (=malign hypertermi) eller någon ärftlig muskelsjukdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du epilepsi, MS, Parkinson, Myasteni eller annan neurologisk sjukdom? (ringa in vilket) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du någon sjukdom med ökad blödningsbenägenhet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du haft en blodpropp som krävt blodförtunnande behandling? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Medicinerar du mot astma/KOL? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Medicinerar du mot högt blodtryck? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Har du tablett- eller kostbehandlad diabetes? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Medicinerar du mot psykiska besvär? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>Behöver du daglig hjälp för att sköta din klädpåtagning, hygien eller toalettbesök? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Vilket av följande påståenden passar bäst in på dig – markera endast ETT alternativ! <input type="checkbox"/> Jag springer, simmar eller motionerar regelbundet <input type="checkbox"/> Jag kan gå längre sträckor <u>utan andnöd</u> <input type="checkbox"/> Jag kan gå uppför 15 trappsteg <u>utan andnöd</u>, eller storstäda, skotta snö eller liknande <u>utan andnöd</u> <input type="checkbox"/> Jag kan bara gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt, kan utföra lättare hushållsarbete som att diska/damma <u>utan andnöd</u>. <input type="checkbox"/> Jag blir <u>andfådd</u> av minsta ansträngning, rör mig bara inomhus</p> <p>Har du någon allergi eller överkänslighet, inklusive mot några läkemedel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja – mot vad och vilka symtom har du fått av detta _____ _____</p> <p>Har du tidigare blivit opererad i narkos eller ryggbedövning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Om du upplevt några biverkningar/komplikationer relaterat till narkos eller kirurgi, vänligen beskriv dem här _____ _____ _____</p> <p>Vänligen beskriv om du har andra sjukdomar/problem eller om du har några särskilda önskemål inför ditt besök _____ _____ _____</p> <p>Tar du några mediciner? Om ja, skriv dina mediciner i listan på sista sidan Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>
---	--

Fortsättning hälsodeklaration			
Hur bor du:	Villa <input type="checkbox"/>	Ensam	Hemtjänst
	Lägenhet <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Servicebostad <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Gåhjälpmedel:	Käpp <input type="checkbox"/>	Vänsterhänt <input type="checkbox"/>	Nedsatt syn eller hörsel? (markera vilket)
	Kryckor <input type="checkbox"/>	Högerhänt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Rullator <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
	Annat _____		
Din sysselsättning (yrke, studerande, pensionär, heltid/deltid, annat?)			
Skatta din värk i vila på en skala 0-10			
Ingen värk	0	1	2
	3	4	5
	6	7	8
	9	10	Värsta tänkbara värk
Skatta din smärta i vardaglig aktivitet på en skala 0-10			
Ingen smärta	0	1	2
	3	4	5
	6	7	8
	9	10	Värsta tänkbara smärta
Är du för tillfället sjukskriven?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du pågående tandarbete?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon pågående infektion i kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du varit i fysisk kontakt med sjukvård utomlands utanför Norden de sista 6 månaderna?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, har du då varit inlagd eller fått dagvård (ex dagkirurgi, dialys)			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du en kvarliggande stomi, urinkateter eller kärlkateter?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eller nära anhörig, nu eller tidigare, diagnosticerats med MRSA (multiresistenta stafylokocker)?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Äter du specialkost eller har du någon matallergi? Om ja, vilken? _____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vilken husläkare/vårdcentral tillhör du? _____			Vet ej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att min journal skickas till andra vårdgivare som är delaktiga i min vård			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att Capio S:t Görans sjukhus får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt vårdtillfälle får sparas i en biobank och kan användas för medicinsk forskning			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Glöm ej fylla i Läkemedelslista på separat sida!

Närmast anhörig (namn/telefon) _____ **Relation** _____

Underskrift _____ **Datum** _____

