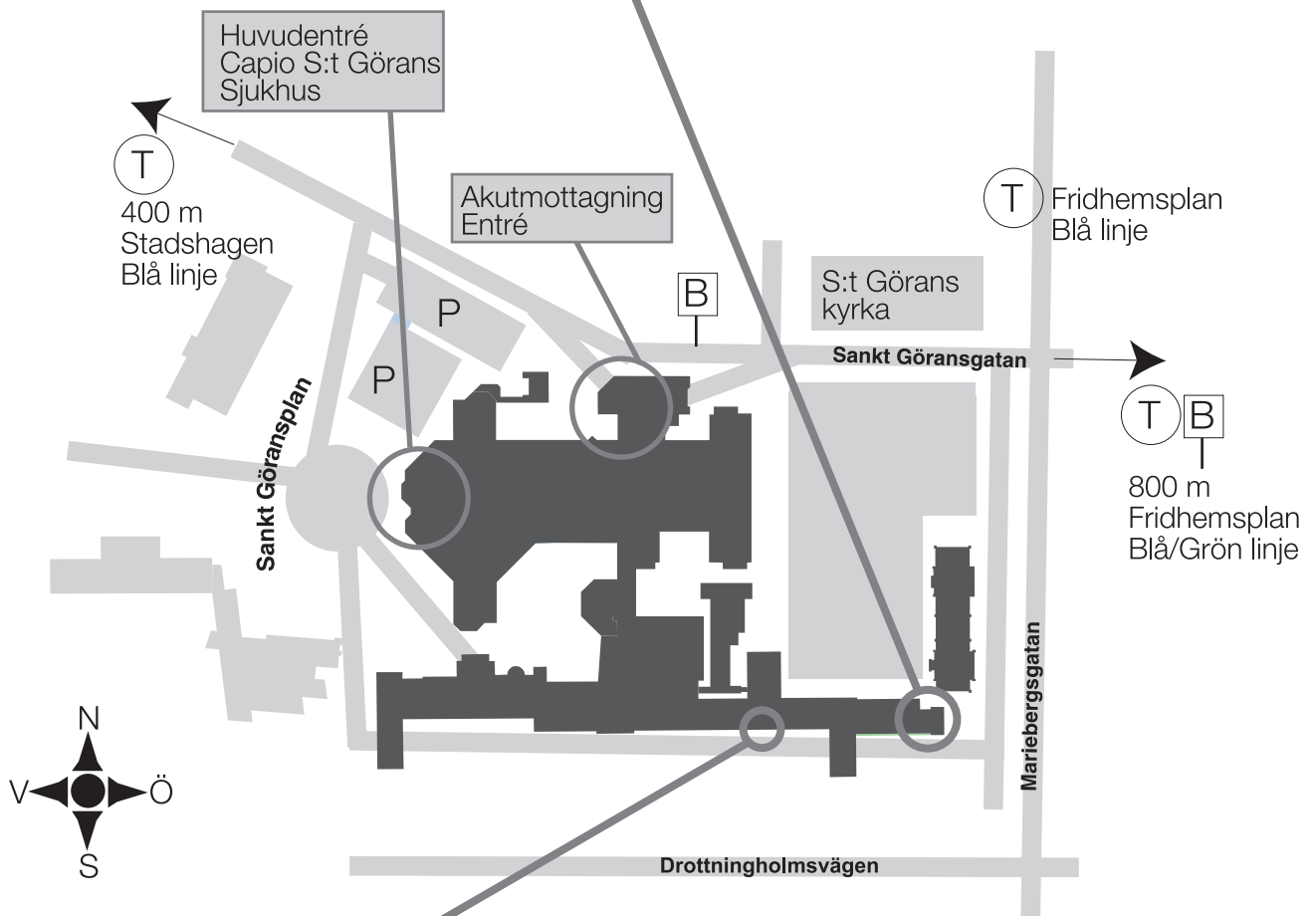


# Orienteringskarta Bröstcentrum

Bröstmottagning, Onkologmottagning, Mammografimottagning  
Mariebergssporten 2



Hitta oss direkt via din mobil.  
Skanna in QR-koden ovan med  
din mobil och få upp en karta i  
Google Maps.






**Onkologisk dagvårdsavdelning**  
**Ingång via Finsens väg 8**  
Ta hiss eller trappa till plan 0



Hitta oss direkt via din mobil.  
Skanna in QR-koden ovan med  
din mobil och få upp en karta i  
Google Maps.

## Kommunikationer

-  Buss 1, 3 och 4 till Fridhemsplan
-  Buss 56 till S:t Görans Sjukhus (från Fridhemsplan)
-  T-bana Blå linje, station Stadshagen eller Fridhemsplan (uppgång S:t Görans Sjukhus)  
Grön linje, station Fridhemsplan (uppgång Drottningholmsvägen)

## Välkommen till Bröstmottagningen på Capio S:t Görans sjukhus!

Vi är tacksamma över att få svar på frågorna i detta formulär inför läkarbesöket. Möjlighet finns att diskutera frågor och svar med läkaren. Formuläret sparas i din journal.

Namn

Personnummer

### Hormoner

Ålder vid första menstruation: ..... år

Har menstruationen upphört? Ja  när jag var ..... år Nej

Är livmodern borttagen? Ja  Nej

Är äggstockarna borttagna? Ja  Nej

Antal graviditeter: ..... Antal förlossningar: ..... Årtal för barnafödelse: .....

Amningstid, ungefärligt antal månader per barn: .....

Tar Du: P-piller? Ja  Nej

Östrogen och/eller gulkroppshormon? Ja  Nej

Har du tidigare tagit: P-piller? Ja  Nej

Östrogen och/eller gulkroppshormon? Ja  Nej

Hur länge?..... När senast? .....

### Tidigare bröstundersökningar

Har du tidigare genomgått mammografi? Ja  Nej  När?..... Var?.....

Har du tidigare blivit bröstopererad Ja  Nej  När?..... Varför?.....

### Blödningsbenägenhet

Har du haft en blodpropp någon gång i livet? Ja  Nej

Har du genomgått en större operation? Ja  Nej

Om ja, för vad och när?.....

Har du lätt att få blåmärken/lätt att blöda? Ja  Nej

Tar du blodförtunnande läkemedel (Waran, Trombyl, Plavix) Ja  Nej

Tar du värktabletter som medför ökad blödningsrisk  
(t ex Voltaren, Diklofenak, Orudis, Brufen, Treo, Magnecyl, Bamy, Ipren)? Ja  Nej

### Överkänslighet

Överkänslig mot lokalbedövningsmedel, latex, tejp eller hårfärgningsmedel? Ja  Nej

### Ärftlighet

Finns det bröstcancer  ja, eller äggstockscancer  ja, i släkten? Nej

Om ja, ange ålder vid insjuknande och relation till dig (ex mormor):.....

### Tack för din medverkan!

Bröstsektionen, Capio S:t Görans Sjukhus 2014-11-18



## 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/tandvård utomlands 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, diagnostiserats med resistent bakterier såsom MRSA, VRE eller ESBL?												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 en sammanfattning av mitt vårdtillfälle skickas till min husläkare/vårdcentral												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"/>

Underskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_