

Hälsodeklaration barn

Datum:	
Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnr:	Tel:

Informationen du lämnar i detta formulär är till för att din/ditt barns utredning och fortsatta vård ska kunna genomföras på säkraste och bästa sätt. Svaren är konfidentiella och kan bara läsas av behörig personal via din patientjournal. Besvara frågorna så noga som möjligt.

Besök gärna narkoswebben för information inför narkos och operation.



Allmänna frågor

Behöver Ni tolk vid kontakter med sjukvården?

Ja Nej

Om Ja, vilket språk?

Närstående

Namn:	Namn:
Relation:	Relation:
Telefon:	Telefon:

Ange ditt barns aktuella längd (cm) Är du osäker skriv ungefärlig längd

Osäker/vet ej

Ange ditt barns aktuella vikt (kg) Är du osäker skriv ungefärlig vikt

Osäker/vet ej

Behöver ditt barn någon form av specialkost?

Ja Nej

Om Ja, beskriv t ex glutenfri, vegan eller vegetariskt, passerad kort etc.

Får vi ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare om det behövs för ditt barns vård?
 Ja Nej

Eventuell kommentar

Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt barns vårdtillfälle får sparas i en biobank
 Ja Nej

Hälsotillstånd och tidigare sjukvårdskontakter

Kryssa för de sjukdomar eller problem i listan som ditt barn har

 Nej på alla frågor om sjukdomar och problem

Hjärtsjukdom/hjärtmissbildning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Medfödd hjärtmissbildning <input type="checkbox"/> Annan hjärtmissbildning <input type="checkbox"/> Rytmrubbning
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Annan
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Kostbehandlad <input type="checkbox"/> Tablettbehandlad <input type="checkbox"/> Insulinbehandlad <input type="checkbox"/> Insulinbehandlad med insulinpump
Metabol eller Mitokondriell sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Njursjukdom/urinvägsproblem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ulcerös kolit <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom
Leversjukdom/gallsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Muskelsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Duchennes muskeldystrofi <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> SMA (spinal muskelatrofi)
Ledsjukdom/reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Cerebral pares
Sjukdom som smittar via kroppsvätskor (även välbehandlad HIV)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> Hepatit B eller C
Blöder lätt eller onormalt länge alternativt har en blödarsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> von Willebrands <input type="checkbox"/> Hemofili B <input type="checkbox"/> Hemofili A <input type="checkbox"/> Annan

Blöder lätt eller onormalt länge, t ex vid små sår eller tandläkarbehandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Snarkningar, snarkningar med andningsuppehåll eller sömnapné syndrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Använder CPAP, BIPAP-apparat hemrespirator eller har tracheostomi	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Sura uppstötningar, sväljningsbesvär	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
CVK/CDK, PICC-line eller venport	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Lätt för att bli åksjuk/sjösjuk eller illamående	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Pågående eller nyligen (<4 veckor) genomgången infektion? (t.ex. luftvägsinfektion?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv:
Krupp, lunginflammation eller RS-infektion de senaste 6 veckorna	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kikhosta senaste 6 månaderna	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Psykiska besvär/psykiatrisk sjukdom eller funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Utvecklingsförsening <input type="checkbox"/> Annan, beskriv:
Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kommentar/beskrivning:

Har ditt barn blivit opererad eller nedsövd någon gång?
 Ja Nej

Om Ja, ange för vad barnet opererats för och när:

Om Ja, har ditt barn haft problem i samband med narkos eller operation:

 Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja:

 Illamående

 Annat problem, ange här: _____

Har ditt barn senaste halvåret besökt sjukvård utanför Norden?
 Ja Nej

Om Ja, ange orsak och i vilket land:

Är ditt barn, eller någon närstående, bärare av multiresistent bakterie (t ex MRSA, ESBL eller VRE)?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja:

ESBL

ESBL Carba

MRSA

VRE

Annan/vet ej: _____

Allergi och läkemedel

Är ditt barn allergisk eller överkänslig mot något läkemedel?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja, ange läkemedelsnamn och typ av reaktion: (ex: Har reagerat mot Kåvepenin, utslag över hela kroppen)

Har ditt barn någon annan allergi eller överkänslighet?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja, beskriv: (ex: Får utslag av kirurgtejp, allvarlig allergi mot jordnötter, latexallergi)

Är ditt barn själv, eller någon nära släkting, allergisk eller överkänslig mot narkosmedel?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja:

Maling hypertermi

Annan överkänslighet mot narkosmedel: _____

Använder ditt barn läkemedel regelbundet? (tabletter, inhalationer, naturläkemedel, ögondroppar, mm)

Ja Nej

Jag tar med en skriven lista till mottagningen (Behöver mer plats/osäker/kan ej fylla i tabellen)

Läkemedel	Styrka	Dosering

Övrig information av betydelse för ditt barns hälsotillstånd eller sjukhusvistelse: