

Hälsodeklaration inför undersökning, behandling eller operation vuxen

Datum:	
Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnr och ort:	Tel:

Inför din kommande vårdkontakt önskar vi att du besvarar frågor som bland annat handlar om din hälsostatus, kommunikationsförmåga och kontaktuppgifter till dig och dina närstående. Frågorna behövs för att vi på bästa sätt ska kunna planera inför din vård och behandling men även inför din hemgång. Hälsodeklarationen är standardiserad och innehåller många frågor. Vissa frågor kan kännas onödiga eller inte relevanta men vi uppskattar att du tar god tid på dig och svarar på så många frågor som möjligt. Formuläret kommer endast läsas av berörd vårdpersonal och dina svar kommer att följas upp i kontakt med vårdpersonal.

Allmänna frågor

Behöver du tolk vid kontakter med sjukvården?

- Ja Nej

Om Ja, vilket språk?

Behöver du hjälpmedel vid förflyttning?

- Nej
 Ja Käpp Kryckor Rullator Rullstol Eldriven rullstol

Behöver du daglig hjälp att ta på kläder, sköta hygien eller vid toalettbesök?

- Ja Nej

Är du gravid?

- Ja Nej Möjligen

Ammar du?

- Ja Nej

Vilket av följande påståenden beskriver bäst din allmänna kondition, dvs vad orkar du göra utan att få obehag såsom ont i bröstet eller svårt att andas så att du behöver sakta ner?

- Jag klarar **mer krävande fysisk träning**, som till exempel normal jogging (7 min/km), bära flyttkartonger, eller motsvarande, alternativt mer än detta
- Jag klarar **lättare fysisk träning**, som till exempel lugn jogging (9 min/km), lugn simning, gräsklippning med handgräsklippare, skotta snö, eller motsvarande
- Jag klarar **tyngre hushållsarbete**, till exempel dammsugning eller svabba golv, att gå upp för en trappa (15 steg) utan att stanna eller motsvarande.
- Jag klarar **lättare hushållsarbete**, till exempel att diska, gå en kortare sträcka på plan mark i långsam takt eller motsvarande

Vad begränsar din fysiska förmåga?

- Jag har ont eller besvär i en kroppsdel, t.ex. ett knä eller en höft vilket begränsar min rörlighet och/eller funktion men känner mig frisk i övrigt
- Jag får ont i bröstet, tryck över bröstet eller svårt att andas
- Annan anledning, beskriv nedan:

- Jag blir andfådd av minsta ansträngning

Vad begränsar din fysiska förmåga?

- Jag har ont eller besvär i en kroppsdel, t.ex. ett knä eller en höft vilket begränsar min rörlighet och/eller funktion men känner mig frisk i övrigt
- Jag får ont i bröstet, tryck över bröstet eller svårt att andas
- Annan anledning, beskriv nedan:

- Kan ej besvara frågan

Om du ej kan besvara frågan, beskriv:

Hur bor du idag?

- Egen bostad
- Särskilt boende för äldre (t.ex. servicehus eller sjukhem)
- Annan boendeform
- Saknar boende

Finns det trappor i hemmet som du måste gå i för att klara det dagliga livet?

- Ja
- Nej

Levnadsomständigheter

- Sammanboende
- Ensamboende

För dig som ska opereras eller genomgå behandling: Kan du ha någon hos dig som kan assistera dig de första dygnet efter hemgång?

- Ja
- Nej

Har du någon form av hjälpinsats, såsom färdtjänst, hemtjänst, hemsjukvård, hjälp med läkemedelsdelning, god man eller liknande?

- Ja
- Nej

Om Ja:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Färdtjänst | <input type="checkbox"/> Trygghetslarm |
| <input type="checkbox"/> Hemtjänst | <input type="checkbox"/> Dosettdelning av läkemedel |
| <input type="checkbox"/> Hemsjukvård (distriktssjuksköterska) | <input type="checkbox"/> APO-dos (tablettpåsar på rulle) |
| <input type="checkbox"/> ASIH | <input type="checkbox"/> God man/förmyndare |

Sysselsättning/Arbete

- Ålderspensionär
- Sjukskriven 25 % Sjukskriven 50 % Sjukskriven 75 % Sjukskriven 100 %
- Arbetar
- Arbetsökande
- Studerande
- Föräldraledig

Vårdcentral och läkarens namn

Det är viktigt för oss inom vården att ha korrekta uppgifter om din längd och vikt, för exempelvis läkemedelsdosering och val av utrustning. Därför ber vi dig ange aktuell längd och vikt. Om du inte har våg hemma vill vi gärna att du kontaktar oss alternativt kontaktar din vårdcentral för att få hjälp med detta.

Längd (cm) Är du osäker skriv ungefärlig längd

- Osäker/vet ej

Vikt (kg) Är du osäker skriv ungefärlig vikt

- Osäker/vet ej

Har du ofrivilligt gått ner i vikt den senaste tiden?

- Ja Nej

Om ja: Hur mycket vikt har du förlorat och under vilken tidsperiod?

Behöver du någon form av specialkost?

- Ja Nej

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

Närstående

Sjukvården önskar att du som patient informerar närstående om att minimera antalet personer som kontaktar oss angående dig och din vård. Enligt vårdsekretess får vi bara lämna ut upplysning om dig till personer du själv angett. Vi önskar också ha kontaktuppgifter till närstående som ska kontaktas om din vård om så krävs.

Får vi lämna upplysning om att du finns på sjukhuset om någon ringer och frågar?

- Ja Nej

Får vi lämna upplysning om ditt hälsotillstånd?

Ja Nej

Ange namn, relation och telefonnummer till närstående

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

Sekretess

För att vi ska kunna ta del av journaluppgifter från andra vårdgivare behöver vi ditt medgivande. Om du har spärrade journaler hos andra vårdgivare kommer vi inte kunna se dem oavsett om vi får ditt medgivande, du måste själv häva sådana spärrar hos den aktuella vårdgivaren om du vill att vi ska kunna läsa dessa journaler.

Har vi ditt tillstånd att läsa journaler från andra vårdgivare för att kunna planera och genomföra kommande vård?

Ja Nej

Eventuell kommentar

Hälsotillstånd och tidigare sjukvårdskontakter

Kryssa för de sjukdomar eller problem i listan som du har

Nej på alla frågor om sjukdomar och problem

Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt <input type="checkbox"/> Kärlekskramp <input type="checkbox"/> Förmaksflimmer/oregelbunden hjärtrytm <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Blåsljud eller fel på hjärtats klaffar <input type="checkbox"/> Har genomgått kranskärlsröntgen <input type="checkbox"/> Annan
Högt blodtryck och blodtrycksbehandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjukdom i blodkärl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Claudicatio ("fönstertittarsjuka") <input type="checkbox"/> Aortaaneurysm (bräck på kroppspulsådern) <input type="checkbox"/> Opererad på grund av sjukdom i blodkärl <input type="checkbox"/> Förträngning i halsens blodkärl <input type="checkbox"/> Annan

Blodpropp som krävt blodförtunnande behandling (någon gång i livet)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Blodpropp i lungan (lungemboli) <input type="checkbox"/> Blodpropp i armen eller underbenet <input type="checkbox"/> Blodpropp på annat ställe <input type="checkbox"/> Har det gått mer än ett år sedan det inträffade? <input type="checkbox"/> Har du fortfarande besvär (svullnad eller smärta i drabbad kroppsdel) eller står du fortfarande på behandling?
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> KOL/Emfysem <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Annan lungsjukdom
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
Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Njursten <input type="checkbox"/> Njursvikt <input type="checkbox"/> Njursvikt med dialysbehandling <input type="checkbox"/> Annan njursjukdom
Tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ulcerös kolit <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/> Crohns sjukdom <input type="checkbox"/> Annan
Leversjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Hepatit B eller C <input type="checkbox"/> Annan
Muskelsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Myastenia gravis <input type="checkbox"/> Fibromyalgi <input type="checkbox"/> Myosit <input type="checkbox"/> Annan
Ledsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Reumatoid artrit/Psoriasisartrit, endast besvär i mindre leder i händer och fötter <input type="checkbox"/> Reumatoid artrit/Psoriasisartrit, besvär i större leder eller rygg/nacke/hals/käkled <input type="checkbox"/> Artros <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> Annan
Sjukdom eller operation i nacke eller rygg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Diskbräck <input type="checkbox"/> Spinal stenosis <input type="checkbox"/> Bechterews sjukdom eller ankyloserande spondylit <input type="checkbox"/> Operation för sjukdom i rygg eller nacke <input type="checkbox"/> Annan sjukdom i rygg eller nacke
Stroke (hjärnblödning/infarkt) eller TIA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Stroke med kvarstående symtom <input type="checkbox"/> TIA
Neurologisk sjukdom (annan än stroke/TIA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Parkinsons <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Annan
Cancersjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vilken form och när fick du diagnos?
Sjukdom som smittar via kroppsvätskor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> HIV (välkontrollerad, omätbara nivåer) <input type="checkbox"/> HIV (ej välkontrollerad) <input type="checkbox"/> Hepatit B eller C <input type="checkbox"/> Annan sjukdom

Blöder lätt eller onormalt länge, alternativt har en blödarsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Jag har en diagnosticerad blödarsjukdom <input type="checkbox"/> von Willebrands sjukdom <input type="checkbox"/> Hemofili A <input type="checkbox"/> Hemofili B <input type="checkbox"/> Annan blödningsjukdom <input type="checkbox"/> Jag blöder onormalt länge och är utredd för detta utan att diagnos ställts. Vilket sjukhus och år? <hr/> <input type="checkbox"/> Jag står på blodförtunnande läkemedel men har i övrigt inte någon känd blödarsjukdom
Sömnapné syndrom (med eller utan behandling) eller snarkning med andningsuppehåll	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Använder CPAP- eller BIPAP-apparat
Sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Svårt att gapa	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sår, eksem, psoriasis eller annan hudsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv: <hr/> <hr/>
Urinkateter, tarmstomi eller annat dränage	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv: <hr/> <hr/>
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	
Nedsatt syn (som påverkar vardagen trots glasögon)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Nedsatt hörsel (som påverkar vardagen tros hörapparat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Pågående tandläkarbehandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Pågående eller nyligen (<4 veckor) genomgått infektion (t.ex luftvägsinfektion)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Pågående eller nyligen (<4 veckor) avslutad antibiotikabehandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Problem med smärta dagligen eller nästan varje dag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Beskriv: _____ _____
Psykiska besvär / psykiatrisk sjukdom eller funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Ångest <input type="checkbox"/> Demens <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom <input type="checkbox"/> Psykossjukdom <input type="checkbox"/> Utvecklingsförsening <input type="checkbox"/> Annan Kommenter/beskrivning: _____ _____
Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kommenter/beskrivning: _____ _____

Har du blivit opererad någon gång?

Ja Nej

Om Ja, för vad blev du opererad och när:

Har du blivit sövd eller fått ryggbedövning någon gång?

Ja Nej

Om Ja:

- Jag har blivit sövd
- Jag har fått en ryggbedövning (spinal eller epidural)
- Jag har fått annan blockad
- Jag har haft problem i samband med sövning eller ryggbedövning

Beskriv problemet, samt ange år och vilket sjukhus det hände på:

För dig som ska sövas eller få en bedövning: Du kommer att få träffa anestesipersonal på operationsdagen- Vill du trots detta komma i kontakt med oss gällande frågor om anestesi eller bedövning i samband med ditt ingrepp/din undersökning?

- Ja Nej

(För dig som svarar Nej: Vi kan ändå komma att kontakta dig om det behövs)

Beskriv dina frågor:

I första hand försöker vi ringa upp dig men vi kan också behöva boka dig på besök till anestesimottagningen om du hellre vill det.

- Jag vill ha ett mottagningsbesök för att diskutera sövning och/eller bedövning i samband med ingreppet

Har du senaste halvåret besökt sjukvård eller genomgått tandkirurgi utanför Norden?

- Ja Nej

Om Ja, ange orsak till ingrepp och i vilket land:

Är du bärare av en multiresistent bakterie?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja:

- ESBL ESBL Carba

- MRSA VRE

- Annan/vet ej: _____

Är någon i ditt hushåll bärare av en multiresistent bakterie?

- Ja Nej, inte vad jag vet

Om Ja:

- ESBL ESBL Carba

- MRSA VRE

- Annan/vet ej: _____

Allergi och läkemedel

Är du 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)

Alkohol, tobak, droger, övriga upplysningar

Använder du, eller har du tidigare använt cigaretter, tobakssnus eller nikotinsnus, vattenpipa, e-cigarett, nikotinläkemedel eller andra tobaks- eller nikotinprodukter?

- Nej Jag har tidigare använt men slutat för mer än 6 månader sedan
 Ja, jag använder nu eller har slutat för mindre än 6 månader sedan

Cigarett

- Dagligen Cigaretter/dag: _____
 Ibland Cigaretter/månad: _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Nikotinsnus (ex. "vitt snus")

- Dagligen Dosor/vecka _____
 Ibland Dosor/månad: _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Tobakssnus

- Dagligen Dosor/vecka _____
 Ibland Dosor/månad: _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Vattenpipa

- Dagligen Tillfällen/dag _____
 Ibland Tillfällen/månad: _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

E-cigarett

- Dagligen Gånger/dag _____
 Ibland Gånger/månad _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Nikotinläkemedel

- Dagligen
 Ibland
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Andra tobaks- eller nikotinprodukter

- Dagligen Ange vad: _____
 Ibland Ange vad: _____
 Tidigare använt, men slutat senaste 6 månaderna
 Nej

Hur ofta dricker du alkohol?

- Jag har aldrig druckit alkohol
- Jag har tidigare druckit alkohol men slutat
- Jag dricker alkohol mer sällan än 1 gång i månaden
- Jag dricker alkohol varje månad men inte så ofta som varje vecka

Hur många standardglas dricker du en vanlig månad? (Ett standardglas är 50 cl folköl, 33 cl starköl, 12 cl vin, 8 cl starksprit eller 4 cl sprit)

Antal standardglas per månad: _____

Hur ofta dricker du mer än fyra standardglas vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
 - Mer sällan än en gång i månaden
 - Minst en gång i månaden
-
- Jag dricker alkohol varje vecka

Hur många standardglas dricker du en vanlig månad? (Ett standardglas är 50 cl folköl, 33 cl starköl, 12 cl vin, 8 cl starksprit eller 4 cl sprit)

Antal standardglas per vecka: _____

Hur ofta dricker du mer än fyra standardglas vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång i månaden
- Minst en gång i månaden

Använder du droger?

- Ja
- Nej

Om Ja, vilka droger:

Övrig information av betydelse för ditt hälsotillstånd eller sjukhusvistelse:

Tack för att du har tagit dig tid att besvara dessa frågor!

Dina svar kommer att underlätta din vård och behandling. Vid frågor eller behov av kompletteringar av hälsodeklarationen, vänligen kontakta den vårdenhet som har skickat formuläret.

För dig som ska opereras, du kan påverka resultatet av din operation

Vid en operation spelar dina levnadsvanor stor roll för vilken risk för komplikationer du löper. Genom att följa de här råden ger du dig själv bästa förutsättningar för ett bra resultat.

Rökstopp i god tid före operation

Om du röker i samband med din operation fördubblas risken att drabbas av läkningsproblem, infektioner och blödning. Vid tarmkirurgi ökar risken för stomi. Om du slutar röka i god tid före operation läker operationssåret bättre och risken för infektioner och problem med hjärta, lungor och kärl halveras. Det räcker inte att bara röka färre cigaretter. Du behöver sluta helt.

Hjälp att sluta röka får du här:

Sluta-röka-linjen: Telefonnummer: 020-84 00 00. www.slutarokalinjen.se

Läs gärna mer på 1177 om levnadsvanor i samband med operation: www.1177.se

Din vårdcentral

Ditt apotek för receptfri nikotinersättning

Astma eller KOL

Om du har astma eller kol är det viktigt att du är noga med din behandling veckan före operationen och operationsdagen. Det gäller även kortisonpreparat till exempel Pulmicort, Symbicort eller Flutide.

Sömnapné (snarkning med andningsuppehåll)

Om du har hjälpmedel mot sömnapné är det bra om du använder dem veckan före operation. Ta även med dem till avdelningen.

Uppehåll av alkoholintag i god tid före operation

Om du dricker alkohol ofta eller i större mängder löper du större risk att drabbas av komplikationer i samband med operation. 2 standardglas per dag eller mer ger en fördubbling av komplikationsrisken men även lägre konsumtion medför en ökad risk. Om du avstår från alkohol minskar du risken att drabbas av infektioner, akuta hjärtproblem och blödningar.

Du kan få stöd här:

www.alkohalhjalpen.se

www.1177.se

Alkohollinjen Telefonnummer: 020-84 44 48