

Narkoshälsodeklaration

Viktigt! Observera att missade eller felaktigt lämnade uppgifter kan leda till att Din operation blir inställd av narkos/medicinsksäkerhetsskäl!

Namn: _____ Personnr: _____

Din aktuella vikt: _____ Längd: _____

Obs! Du skall alltid vara noga med att ange Din aktuella vikt. Vikten kommer även att kontrolleras på operationsdagen. Dessa uppgifter är mycket viktiga för att Du skall få rätt dosering av de läkemedel som används vid narkos och operation.

Det är också viktigt att veta att vi inte kan operera i narkos på patienter med betydande övervikt p g a mycket högre risk för narkoskomplikationer. Den exakta viktgränsen bedöms och bestäms individuellt av din kirurg samt narkosläkaren.

• Röker du? Nej Ja Antal cigarett per dag: _____

Obs! Du **skall sluta röka 4 veckor före** operation. Rökning ökar risken betydligt för narkoskomplikationer & försämrar sårhälingen efter operation

• Din kondition är: God OK Dålig

• Har Du fått narkos tidigare? Nej Ja För vad? _____ När? _____

• Haft problem vid narkos? Nej Ja Beskriv: _____

• Har Du fått ryggbedövning tidigare? Nej Ja För vad? _____ När? _____

• Problem vid ryggbedövning? Nej Ja Beskriv: _____

• Har Du fått lokalbedövning tidigare? Nej Ja För vad? _____ När? _____

• Problem vid lokalbedövning? Nej Ja Beskriv: _____

Har du eller har du haft något av följande?

Vid **Ja** stryk under aktuella problem/sjukdom och **beskriv** på respektive rad: **Vad hände? När? Går på kontroll?**

• Allergi/ överkänslighet mot läkemedel ? Nej Ja Beskriv: _____

• Annan allergi/ överkänslighet? Nej Ja Mat Plåster Latex Nickel Annat: _____
Beskriv: _____

• Bräck i magmunnen Nej Ja Beskriv: _____

• Halsbränna/Sura uppstötningar/ Nej Ja Beskriv: _____

• Magsår/Magkatarr Nej Ja Beskriv: _____

• Svårt att gapa Nej Ja Beskriv: _____

• Nedsatt rörlighet i nacken Nej Ja Beskriv: _____

VAR GOD VÄND! 



Narkoshälsodeklaration

- Hjärtsjukdom Nej Ja Hjärtinfarkt Kärkramp Oregelbunden hjärtrytm Klaffel Pacemaker Annan

Beskriv: _____

- Bröstmärtor/andfådd vid fysiskansträngning?

Nej Ja När du går fort När du går i trappor / hur många? _____ Annat: _____

- Blodpropp Nej Ja Beskriv: _____

- Stroke Nej Ja Beskriv: _____

- Medvedslöshetsepisoder Nej Ja Beskriv: _____

- Högt blodtryck Nej Ja Beskriv: _____

- Lungsjukdom Nej Ja KOL Astma Bronkit Lunginflammation Tuberkolos Annan

Beskriv: _____

- Sömnapné Nej Ja CPAP hemma Beskriv: _____

- Diabetes Nej Ja Insulin, Tablett, Kost Beskriv: _____

- Neurologiska sjukdomar Nej Ja Epilepsi MS Parkinson Yrsel Migrän Annan

Beskriv: _____

- Njur/ lever sjukdomar Nej Ja Beskriv: _____

- Reumatoid artrit (RA) Nej Ja Beskriv: _____

- Mediciner du tar regelbundet, styrka & dos. _____

- Övrigt: _____

Jag intygar härmed att hälsodeklarationen är korrekt ifylld:

.....
Datum & Signatur



-ditt privata alternativ