

## Patient spørgeskema før indlæggelse/operation/ bedøvelse:

Patient Etikette/ mærkat

### Har du andre sygdomme end den aktuelle? (Sæt kryds)

- |   |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| Hjertesygdom?                             | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Brystsmerter ved anstrengelse?            | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Problemer med at gå op ad trapper?        | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Forhøjet blodtryk?                        | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Astma eller kronisk bronkitis?            | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Sukkersyge?                               | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Halsbrand? / for meget mavesyre?          | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |
| Leddegigt / nakkeproblemer / rygproblemer | Ja: <input type="checkbox"/> | Nej: <input type="checkbox"/> |

#### Andre sygdomme:

Hvis ja, beskriv nærmere (BLOKBOGSTAVER):

Ja:  Nej:

#### Er der medicin du er allergisk over for? Hvilken reaktion?

Hvis ja, hvilken medicin:

Ja:  Nej:

#### Tidligere indlæggelse:

Hvis ja, årsag, sygehus og årstal (BLOKBOGSTAVER):

Ja:  Nej:



## Udfyldes hvis du skal bedøves:

Er der andet end medicin, du er allergisk over for f. eks. latex eller soja?

Ja:

Nej:

Hvis ja:

Har du eller nogen i din familie haft komplikationer ved tidligere bedøvelse?

Ja:

Nej:

Hvis ja, hvilken komplikation (BLOKBOGSTAVER):

For kvinder: Er du gravid?

Ja:

Nej:

Hvis ja, hvilken uge:

## Ved ambulat kirurgi:

Er der en voksen person, der kan hente dig og følge dig hjem efter indgrebet?

Ja:

Er der en voksen person, der kan være hos dig fra du kommer hjem til næste morgen?

Ja:

Er du indforstået med, at du ikke må føre bil eller betjene farlige maskiner, før du er helt frisk og tidligst dagen efter operationen?

Ja:

## Personlige forhold:

Dit mobilnummer / fastnettelefon:

Navn på nærmeste pårørende:

Nærmeste pårørendes relation til dig:

Mobilnummer / fastnettelefon på nærmeste pårørende:

Dato og underskrift:

# Udfyldes af stamafdelingens læge

Co-morbiditet præciseres:

## Følgende skal dikteres i journalen:

1. Organspecifik anamnese / objektiv undersøgelse
2. Evt. udredningsprogram / ordinationer
3. Evt. operationsoplæg
4. Medicin status

## Objektiv undersøgelse:

Vægt:                      Højde:                      BMI:                      Puls                      BT: /                      ASA:

St. P:

St. C:

Halsvenestase / deklive ødemer:

Andet fra objektiv undersøgelse:

Diagnose:

Planlagt operation:

Dato for operationen:

Evt. ønske om type anæstesi?

## Ordinationer:

- Hgb + væsketal
- Infektionstal
- INR
- Thrombocytter
- BS
- U-stix

- EKG
- Type
- BAC
- Forlig på X-antal SAG-M: \_\_\_\_\_
- Andet: \_\_\_\_\_
- Andet: \_\_\_\_\_

Husk at udfylde den afdelingsspecifikke tjekliste

Patienten har givet samtykke til ovenstående operation:      Ja:

Diagnose: Koder og tekst

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

Dato og Journalskrivende læges navn: