



EGENMELDING OG SAMTYKKESKJEMA FØR OPERASJON

Fyll ut og returner til Medi3

Navn: _____ Født: _____
Adresse: _____ TLF: _____

Hva skal du opereres for :

Spørsmålene nedenfor gjelder deg som pasient. Det er laget for å øke sikkerheten ved operasjon og for å spare tid ved forundersøkelsen. Ingen undersøkelse eller behandling er helt fri for risiko, men ved hjelp av nøyaktige opplysninger fra deg kan vi gjøre den så liten som mulig. Det er viktig at du nøye leser den informasjon du får utdelt i forbindelse med inngrepet og i tiden etterpå følger de råd som blir gitt. Dette for å oppnå et *best mulig resultat* med *minst mulig risiko for komplikasjoner*.

1. Høyde Vekt

2. **Har du hatt lokalbedøvelse tidligere?** Ja Nei

Hvis ja, hvor fikk du det, og hva slags operasjon var det?
Spesifiser:

3. **Har du hatt problemer i forbindelse med operasjon/ lokalbedøvelse?** Ja Nei

I så fall hvilke problemer? _____

4. **Har du eller har du hatt en eller flere av følgende sykdommer?**

Hjertesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blodpropp	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Lungesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blødningstendens	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Reumatisk sykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Blodtrykks behandling	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nevrologisk sykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nyresykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hepatitt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

5. **Røyker du?** Ja Nei

6. **Er du allergisk?** Ja Nei

Hvis Ja: for hva _____

7. **Bruker du faste medikamenter /medisiner** Ja Nei

Dersom ja, skriv ned hvilke medikamenter/medisiner du bruker. Vennligst angi styrke og dosering

8. **Har du, i utlandet, vært innlagt i sykehus/legevakt, fått utført tatovering/piercing eller tannbehandling i løpet av de siste 12 måneder.** Ja Nei

Hvis **JA**, ta kontakt med fastlege for **MRSA (resistente bakterier) prøve snarest! Du må ha en negativ MRSA prøve for å bli operert.**

9. Vi ber deg oppgi telefonnummeret **ditt**, så vi kan nå deg ved evt. spørsmål. Tlf. nr. _____

10. Navn på nærmeste pårørende: _____ Tlf. nr. _____

Underskrift av den som har fylt ut skjemaet:

Jeg bekrefter at jeg har lest nøye gjennom skjemaet og fylt det ut etter beste evne. Jeg er kjent med inngrepets art og omfang, er informert om forventet utfall og er godt informert om risiko ved inngrepet og mulige komplikasjoner.

Dato

Underskrift