

- Sollefteå Sjukhus  
 Sundsvalls Sjukhus  
 Örnsköldsviks Sjukhus

Namn: \_\_\_\_\_

Pers.nr \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

**Dagens datum:** ..... **Mail:**..... **Tel Hem:** .....

**Besvara följande frågor (två sidor) och skicka eller maila SNARAST till: Inskrivningsenheten, Sundsvalls sjukhus, 851 86 Sundsvall eller maila till:op-samordn-enhet@rvn.se**

Har eller har Du haft	Ja	Nej	Har eller har Du haft	Ja	Nej
kärlkramp			allergi mot födoämnen		
hjärtinfarkt			Om ja, vilket .....		
klaff-fel i hjärtat			allergi mot någon medicin		
annan hjärtsjukdom			Om ja, vilken .....		
ansträngningsutlösta obehag i bröstet			allergi mot annat än ovan		
högt blodtryck			Om ja, vad .....		
ojämn puls/hjärtklappning/flimmer			ärfllig sjukdom i släkten, t ex porfyri		
tuberkulos			Om ja, vilken .....		
diabetes			<b>Har Du</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
lätt att må illa/ åksjuka/ sjösjuka			blivit rygg- eller nackopererad		
blödningsbenägenhet (lätt blåmärken)			Om ja, varför .....		
blodpropp (i lungorna eller benen)			.....		
blodsmitta (hepatit, HIV)			genomgått andra operationer		
astma			Om ja, vilka .....		
kronisk luftrörskatarr			.....		
annan lungsjukdom			blivit sövd tidigare		
gallsjukdom			fått ryggbedövning tidigare		
leversjukdom			fått annan bedövning		
gulsot			Om ja, vilken .....		
kronisk njursjukdom			upplevt obehag vid tidigare sövning		
epilepsi			tandprotes/lösa bryggor		
andra nervsjukdomar (Parkinson, MS)			Om ja, överkäke underkäke		
stroke (propp eller blödning i hjärnan)			<b>Är Du</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
nervösa besvär			rökare, om ja, antal per dygn.....		
kronisk ledsjukdom (ex. reumatism)			piercad el. liknande		
ofta halsbränna el. sura uppstötningar			gravid (om kvinna)		
Kan du tänkas ta en erbjuden operationstid inom hela länet.			vårdad på sjukhus senaste 6 mån om ja, vilket sjukhus.....		

 Anser Du att Du har en god kondition för Din ålder?  
 Orkar Du gå uppför två våningar i trappa utan besvär?

 Ja Nej  
 Ja Nej

Närmast anhörig .....

Din längd: .....cm

Anhörigas telefonnummer .....

Din vikt: .....kg

**Var god fyll i nästa sida för kompletterande information och underskrift!**

Namn: \_\_\_\_\_

Pers.nr: \_\_\_\_\_

**Eventuella mediciner som Du använder regelbundet (även p-piller och hälsokostpreparat)**

Läkemedel	Styrka	Dosering
<i>(Exempel: Seloken ZOC)</i>	<i>50 mg</i>	<i>1 tabl, 1 gång/dag</i>

**Kompletterande information**

På nedanstående rader kan Du komplettera och skriva utförligare om till exempel något som rör frågorna på föregående sida. Här kan Du också informera oss om Du har någon sjukdom eller åkomma som inte nämns där.

<b>Godkänner du att ev. tagna vävnadsprover lagras i biobank enl. biobankslagen</b> <b>Ja</b> <b>Nej</b>
Era personuppgifter kommer att lagras elektroniskt i enlighet med datalagen
<b>Nedanstående frågor avser att besvaras av de patienter som har kontakt med Kvinnokliniken</b>
Senaste menstruation:.....Menstruationslängd:.....dagar    Menstruationsintervall:.....dagar
Menstruationernas upphörande:.....år    Genomgångna graviditeter:.....antal
Genomgångna förlossningar:.....antal    Genomgångna aborter/missfall: .....antal
Har du använt östrogener/P-piller sista året: <b>Ja</b> <b>Nej</b>

Om du känner Dig orolig eller har några övriga upplysningar som Du inte vill lämna skriftligt, vänd Dig då med förtroende till din behandlande läkare, narkos- eller avdelningspersonalen.

Din namnunderskrift \_\_\_\_\_ Dagens datum \_\_\_\_\_

**Tack för Din medverkan!**